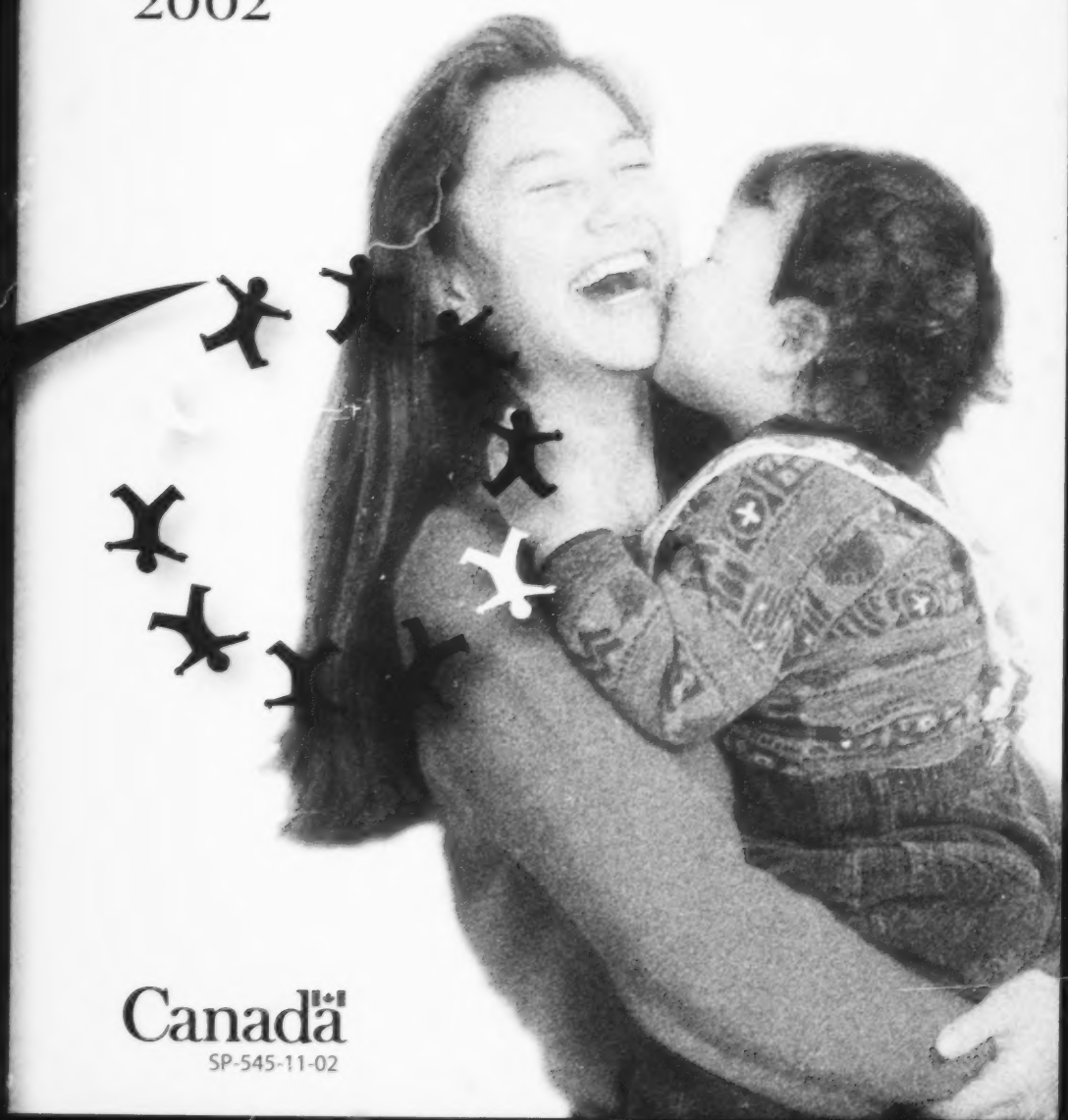
FEDERAL/PROVINCIAL/TERRITORIAL
EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT AGREEMENT

THE WELL-BEING OF CANADA'S YOUNG CHILDREN:

GOVERNMENT OF CANADA REPORT 2002



Canada

SP-545-11-02

FEDERAL/PROVINCIAL/TERRITORIAL
EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT AGREEMENT

THE WELL-BEING OF CANADA'S YOUNG CHILDREN:

GOVERNMENT OF CANADA REPORT

2002

Contents may not be reproduced for commercial purposes, but any other reproduction, with acknowledgements, is encouraged.

This publication may be made available in alternative formats upon request.

To obtain additional copies, please contact:

1 800 O-Canada (1 800 622-6232)
TTY: 1 800 465-7735
canada.gc.ca
Service Canada Access Centres

This publication is also available on the Internet at the following address:

www.socialunion.gc.ca

This report is co-published by Human Resources Development Canada and Health Canada.

© Her Majesty the Queen in Right of Canada 2002

Cat. No.: RH64-20/2002

ISBN: 0-662-69912-6

103-06156/

Table of Contents

Preface 1

Chapter 1: Introduction 3

Background 3

The Early Childhood Development Agreement 3

Reporting on Child Outcomes 4

A Framework for Monitoring Child Well-Being 4

What Is "Child Well-Being"? 4

Environmental Influences on Child Well-Being 5

How Are Governments Reporting on Young Children's Development? 5

Format of the Report 6

Sources of Data 7

Chapter 2: A Portrait of Canada's Young Children 9

An Overview of Canada's Young Children 9

Proportion of Young Children 9

Urban–Rural Split 10

How Healthy Are Our Young Children? 11

Healthy Birthweight 11

Pre-term Births 13

Immunization 14

Infant Mortality 16

Breastfeeding 17

Asthma 18

Are Young Children Safe and Secure? 19

Injury Hospitalizations 19

Injury Mortality 20

How Are Young Canadian Children Developing? 21

Motor and Social Development 22

Behavioural Problems 23

Receptive Vocabulary 25

Highlights 26

Chapter 3: A Portrait of Canadian Families 27

What Kind of Families Do Young Canadian Children Live In? 28

What type of housing and communities do these families live in? 29

Who Are the Parents of Young Canadian Children? 30

Education 30

Work Outside the Home 31

Health Risks 32

What are some of the challenges confronting the parents of young children (low-income; parental depression) 33

What Do We Know About Parenting in Canada? 35

Parenting Style 35

Spending Time with Children 36

Reading to a Child 37

Highlights 38

Chapter 4: Young Aboriginal Children in Canada – An Overview 39

Chapter 5: Young Children with Disabilities in Canada – An Overview 45

Chapter 6: Summary of Data Presented 49

Annex A – Acronyms Used in the Report 51

List of Figures and Table

Figures:

Figure 1: Proportion of Children from Birth to Age 5, Canada, July 1, 1999 9
Figure 2: Distribution of Children by Place of Residence, Canada, 1998-1999 10
Figure 3: Distribution of Young Children by Birthweight, Canada, 1999 11
Figure 4: Percentage of Children Born at a Low Birthweight, Selected OECD Countries, 1999 12
Figure 5: Pre-term Birth Rate, Canada, 1999 13
Figure 6: Number of Cases of Selected Vaccine Preventable Diseases, Canada, 1999 14
Figure 7: Rate of Vaccination Coverage for Measles, Children Less Than 1 Year of Age, Selected OECD Countries, 1997 15
Figure 8: Infant Mortality Rate (per 1,000 Live Births), Selected OECD Countries, 1999 16
Figure 9: Percentage of Children from Birth to 3 Years of Age Breastfed, Canada, 1998-1999 17
Figure 10: Prevalence of Diagnosed Asthma Among Young Children, Canada, 1998-1999 ... 18
Figure 11: Hospitalizations Resulting from Injuries, Children from Birth to 5 Years of Age, Canada, Fiscal Year 1999–2000 19
Figure 12: Distribution of Children from Birth to 3 Years of Age by Score on the Motor and Social Development Scale, Canada, 1998-1999 22
Figure 13: Percentage of Young Children Showing Signs of Behavioural Problems, Canada, 1998-1999 24
Figure 14: Distribution of 4- and 5-Year-Old Children by Score on the PPVT-R, Canada, 1998-1999 24
Figure 15: Distribution of Young Children in Canada by Family Type, 1998-1999 28
Figure 16: Highest Level of Education of Parents of Young Children, Canada, 1998-1999 ... 30
Figure 17: Trends in Dual-Earner and Single-Earner Families with Young Children, Canada, 1976–2001 31
Figure 18: Tobacco and Alcohol Use During Pregnancy, Canada, 1998-1999 32
Figure 19: Percentage of Parents of Young Children Displaying Positive Parenting Styles, Canada, 1998-1999 35
Figure 20: Time Spent with Children from Birth to 5 Years of Age by an Employed, Married Parent, Canada, 1986, 1992 and 1998 36
Figure 21: Frequency That Young Canadian Children Are Read To, Canada, 1998-1999 37

Table:

Table 1: Percentage of Families with Young Children Living Below the Low-Income Cut-Off, by Family Type, 1999 33

PREFACE

In September 2000, the Government of Canada and provincial and territorial governments[1] reached an historic agreement to improve and expand the services and programs they provide for children under 6 years of age and their families. In the Federal/Provincial/Territorial Early Childhood Development Agreement, Canada's First Ministers committed to help young children reach their potential, and to help families and the communities in which they live support their children.

Under the Agreement, governments have committed to report regularly to Canadians on outcome indicators of young children's well-being. Governments have identified a common set of 11 indicators of well-being which will provide valuable information on the physical health and early development of young children in Canada.

This document is the Government of Canada's fulfillment of the commitment to report on the well-being of Canada's young children.

This report expands upon the common set of 11 indicators to provide a portrait of children from birth to 5 years of age in Canada, including information on physical health, safety and security, and early development. In addition, this report provides an overview of the families in which young Canadian children are growing up. The data presented in this report are for 1998-1999, establishing a baseline against which the indicators can be tracked in the future.

The Government of Canada will strive to improve the quality of reporting over time.

As part of their commitment to public reporting in the Early Childhood Development Agreement, governments also agreed to report annually to Canadians on their progress in enhancing early childhood development programs and services.

As a complement to the information in this report, the reader may wish to refer to *Early Childhood Development Activities and Expenditures: Government of Canada Report 2001-2002*, which provides information on the progress the Government of Canada has made in enhancing early childhood development programs and services since the Agreement was put into place.

[1] The Government of Quebec has stated that while sharing the same concerns as other governments on early childhood development, it does not adhere to the Federal/Provincial/Territorial Early Childhood Development Agreement. The Government of Quebec is receiving its share of funding from the Government of Canada for early childhood development programs and services through the Canada Health and Social Transfer (CHST).

Chapter 1: Introduction

Background

The Early Childhood Development Agreement

In September 2000, the Government of Canada, in partnership with provincial and territorial governments (except the Government of Quebec), reached an historic agreement to improve and expand the services and programs they provide for children under the age of 6 and their families. The Early Childhood Development Agreement is a long-term commitment to help young children reach their full potential, and to help families support their children.

As part of this agreement, governments committed to keeping the public apprised of progress in the area of early childhood development. Specifically, First Ministers committed to report on investments in early childhood development programs and services as well as on child outcomes.

Beginning in the fall of 2002, each participating government will report annually on its progress in improving and expanding early childhood development programs and services under the Agreement. The Government of Canada's report *Early Childhood Development Activities and Expenditures: Government of Canada Report 2001-2002* was released recently in fulfillment of this commitment (this report is available at www.socialunion.gc.ca, by calling 1 800 O-CANADA (1 800 662-6232) or by TTY at 1 800 465-7735).

Also, in the fall of 2002, participating governments will begin regular reporting on child well-being. Reporting on child well-being will help build public awareness of how young children are faring in Canada, as well as demonstrate governments' commitment to meeting the objectives of the Early Childhood Development Agreement. This report is the Government of Canada's first step in fulfillment of this commitment.

The National Children's Agenda – A Shared Vision for Canada's Children

In 1999, the Government of Canada, in partnership with provincial and territorial governments, began work on a National Children's Agenda (NCA), which sets out a shared vision for Canada's children. This common vision includes wanting our children to be loved and to thrive; to be valued; to develop their unique physical, emotional, intellectual, spiritual and creative capacities; to be respected and protected and, in turn, to respect and protect the rights of others; and to belong and contribute to communities that appreciate diversity, support different abilities and share their resources.

The NCA shared vision also outlined values and goals for Canadian children, along with six policy areas in which governments could cooperate to better support children. Enhancing early childhood development was one of these areas that governments chose to act on.

Reporting on Child Outcomes

In Canada, there is a growing consensus on the importance of the early years. What happens to children from conception to age 5 sets the stage for how they will fare in the future in all aspects of their lives. It is important to monitor and track information on children's well-being and development to help build awareness and understanding of how children in Canada are doing. Ongoing monitoring can offer "warning signals" about areas where children require greater support, as well as highlight positive outcomes. In so doing, it provides a powerful tool to inform and improve policy making to ensure that the actions of governments, and others, are as focused and effective as possible.

A Framework for Monitoring Child Well-Being

What Is "Child Well-Being"?

"The early years of life are critical in the development and future well-being of the child, establishing the foundation for competence and coping skills that will affect learning, behaviour and health."[2] One of the commonly used approaches to define well-being incorporates a framework consisting of five domains: physical health and motor development; emotional health; social knowledge and competence; cognitive learning; and language communication.

The Five Domains of Child Well-Being[3]

Physical Health and Motor Development:
The child's general state of health and gross and fine motor skills.

Emotional Health:
The child's self-esteem, coping skills and overall emotional well-being.

Social Knowledge and Competence:
The way a child behaves and is able to communicate feelings and wants.

Cognitive Learning:
The ways in which a child perceives, organizes and analyzes information provided by his or her social and physical environment.

Language Communication:
The ability of a child to communicate, including receptive and expressive language skills.

[2] First Ministers' Communiqué on Early Childhood Development, September 2000.

[3] Adapted from: Doherty, Gillian (May 1997) *Zero to Six – The Basis for School Readiness*. Applied Research Branch Paper No. R-97-8E. Ottawa: Human Resources Development Canada.

Environmental Influences on Child Well-Being

Children are shaped by the world around them, and many environments affect their development. It is generally accepted that "healthy children emerge most often from healthy families, and healthy families are in turn promoted by healthy communities."[4] Understanding the key factors that influence child development can help society make choices that build supportive environments for children.

The NCA shared vision identifies five key environmental influences that affect children's development: biological inheritance; family; child care and school; physical and community environments; and society.

Key among these influences is family. Parents are the primary support for children and have a critical role in shaping how a child develops. Each child is born with a particular set of characteristics inherited from his or her parents that can influence the child's well-being in all five domains. And, it is within the family environment that the majority of children spend their formative years and where much of their development occurs.

Families are shaped by the physical and community environments in which they live. Communities provide the basic infrastructure for family life, including housing, education and employment. Physical surroundings can greatly affect children's health and well-being, and research is beginning to provide evidence that growing up in a community that is perceived to have higher levels of cohesion, stability and social supports will lead to healthier child development.

How Are Governments Reporting on Young Children's Development?

The Government of Canada has been working in partnership with provincial/territorial governments, and with communities, to improve child well-being. The NCA, National Child Benefit and the Federal/Provincial/Territorial Early Childhood Development Agreement are examples of governments' commitment to work collaboratively on issues related to children. As part of this commitment, governments have recognized the importance of regularly monitoring and reporting on young children's well-being as a means of helping inform policy making and of building public awareness and understanding. In the September 2000 Early Childhood Development Agreement, First Ministers committed to *"make regular public reports on outcome indicators of child well-being using an agreed upon set of common indicators....related to the objectives established for early childhood development."*

In determining which indicators to report on, governments tried to address all five of the domains of well-being in order to paint as complete a picture of child well-being as possible. Governments looked at which indicators were recognized both nationally and internationally as key indicators of child well-being, while remaining cognizant of what data were available at the national and provincial/territorial levels in Canada. Considerations also included ensuring that the indicators were meaningful to the public, and would enhance knowledge of child well-being,

---

[4] Ross, David P., Scott, Katherine and Kelly, Mark A. (1996) "Overview: Children in Canada in the 1990s" in *Growing Up in Canada – National Longitudinal Survey of Children and Youth*. Ottawa: Human Resources Development Canada/Statistics Canada.

without duplicating reporting currently being done by others (e.g. non-governmental organizations and researchers). Experts were consulted to ensure that the indicators selected were both meaningful and methodologically sound.

Governments agreed to report, at a minimum, on a common set of 11 indicators of child outcomes. They also agreed to release their reports in the fall of 2002. Through this reporting, Canadians will be able to develop a better understanding of the situation of young children in Canada. Release of these reports by all participating governments will mark the first time that governments are reporting to the public on a set of jointly agreed indicators of child well-being.

The Early Childhood Development Agreement – Common Indicators of Young Children's Well-Being

Physical Health and Motor Development
- Healthy Birthweight
- Incidence of Meningococcal Group C Disease
- Incidence of Measles
- Incidence of Haemophilus Influenzae–b (Hib)
- Infant Mortality Rate
- Motor and Social Development

Emotional Health
- Emotional Problem-Anxiety
- Hyperactivity-Inattention
- Physical Aggression-Conduct Problem

Social Knowledge and Competence
- Prosocial Behaviour

Cognitive Learning and Language Communication
- Language

Format of the Report

The objective of this Government of Canada report is to help foster an understanding of young children in Canada and their families. In order to do this, the report focuses on the 11 indicators of well-being for young children identified by federal/provincial/territorial governments, supplemented by additional indicators of children's physical health as well as measures of key family and community influences on child well-being.

The second chapter, "A Portrait of Canada's Young Children," presents indicators related to the five domains of child well-being: physical health and motor development, emotional health, social knowledge and competence, cognitive learning and language communication. The section begins by contextualizing who Canada's young children are, followed by information on their health, safety and security, and early development.

The third chapter, "A Portrait of Canadian Families," presents key information on the context in which young children are growing up. Specifically, this chapter discusses the kind of families young Canadian children are growing up in, their parents and the interaction between children and parents.

Currently, there are little data available on young Aboriginal children. The fourth chapter presents an overview of the information known about young Aboriginal children. The chapter also highlights where information gaps exist and describes potential future sources of data. It is hoped that future reports will be able to provide more thorough information about Aboriginal children.

In addition, there is little data available on young children with disabilities. The fifth chapter presents a summary discussion of what is known about young children with disabilities. Through new data sources it is hoped that future reports will be able to provide more thorough information about children with disabilities.

Chapter 6 provides a summary table of the indicators of young children's well-being and family and community-related measures discussed in Chapters 2 and 3 of the report. Those indicators denoted by an asterisk (*) are part of the common set of 11 indicators agreed to by federal/provincial/territorial governments.

Annex A contains a list of the acronyms used throughout the report.

Sources of Data

Measuring the well-being of children is a challenging task. Children grow and develop rapidly from birth to age 5, so that a measure of well-being that may be appropriate at one age is not appropriate a year earlier or a year later. Children develop across a broad range of abilities and traits which no single indicator can capture. Consequently, the indicators presented in this report cover a range of domains of child development. In some cases, these indicators are appropriate for one age group of children only, in other cases they apply to all children from birth to 5 years old. Together, the indicators provide a broad view of how young Canadian children are doing.

While it is not yet possible to measure all aspects of child well-being or all of the factors that influence well-being, great progress has been made over the past years in expanding data collection in this area. There is a long established tradition of data collection on health issues in Canada. In particular, the Vital Statistics registry is an important source of information on the physical health of young children. The Canadian Hospitals Injury Reporting and Prevention Program (CHIRPP) provides valuable information on injuries and hospitalizations. In addition, the census provides descriptive information on young children and their families. Two postcensal surveys, the Participation and Activity Limitation Survey (PALS)[5] and the children's component of the Aboriginal Peoples Survey (APS)[6] are likely to be sources for information in the future.[7]

[5] The first release of the PALS is scheduled for 2003.

[6] Initial release of the APS is planned for late in 2003.

[7] Additional information on these surveys is presented in Chapters 4 and 5 of this report.

More recently, implementation of the National Longitudinal Survey of Children and Youth (NLSCY) has helped to broaden knowledge about children in Canada, and in particular young children. The first collection cycle of the NLSCY (collected in late 1994 and early 1995) interviewed parents of about 23,000 children up to the age of 11. They shared information not only about their children, but also about themselves and the children's families, schools and neighbourhoods. Data were collected from the same families and children in subsequent cycles conducted in 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001 and 2002-2003 and will be collected every two years until the children reach adulthood. For each of these cycles, children from birth to 5 years of age are being added to the original sample to help further our understanding of learning and development in the early years of life.

The NLSCY is the primary data source for many of the indicators of child well-being presented in this report. The most recent data available for the NLSCY are from Cycle 3 (1998-1999). Consequently, the data presented in this report are focused on Canadian children who were 5 years of age or younger in the years 1998 and 1999. This will help establish a baseline against which future changes in child well-being can be measured.

There are a few noted exceptions where the data presented are for a different reporting year. For example, for Aboriginal children, the most recent data available are from the 1996 Census. For children with disabilities, data from the 2001 PALS are not yet available. As a result, the most current data are from the 1991 HALS (the predecessor to PALS).

Chapter 2: A Portrait of Canada's Young Children

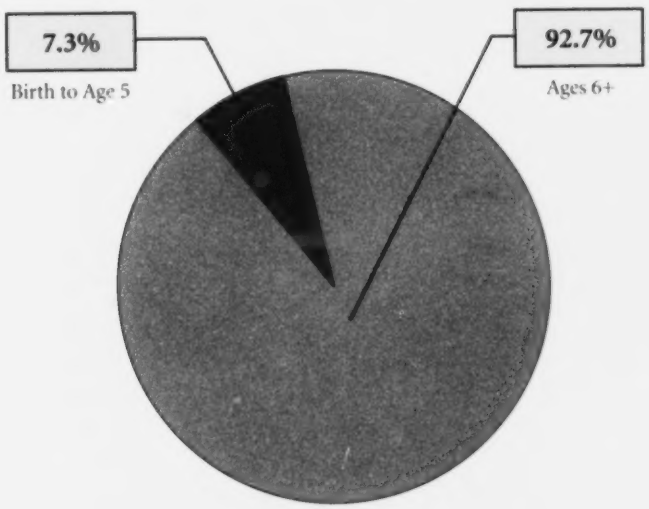
An Overview of Canada's Young Children

Young children in Canada all have unique lives. Understanding who these children are will help us to support each of them to reach their own unique potential – to be healthy, safe and secure, to be eager and able to learn, and to participate in their communities.

7.3% of the Canadian population were between birth and 5 years of age in 1999

On July 1, 1999 there were 2,224,935 children from birth to age 5 in Canada, representing 7.3% of the total Canadian population. These children are relatively equally distributed among the individual ages.

Figure 1: Proportion of children from Birth to Age 5, Canada, July 1, 1999



Source: Annual Population Estimates, Demography Division, Statistics Canada

Of these children, 51.2% were boys (1,139,595 children) and 48.8% were girls (1,085,340 children).

More recently, implementation of the National Longitudinal Survey of Children and Youth (NLSCY) has helped to broaden knowledge about children in Canada, and in particular young children. The first collection cycle of the NLSCY (collected in late 1994 and early 1995) interviewed parents of about 23,000 children up to the age of 11. They shared information not only about their children, but also about themselves and the children's families, schools and neighbourhoods. Data were collected from the same families and children in subsequent cycles conducted in 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001 and 2002-2003 and will be collected every two years until the children reach adulthood. For each of these cycles, children from birth to 5 years of age are being added to the original sample to help further our understanding of learning and development in the early years of life.

The NLSCY is the primary data source for many of the indicators of child well-being presented in this report. The most recent data available for the NLSCY are from Cycle 3 (1998-1999). Consequently, the data presented in this report are focused on Canadian children who were 5 years of age or younger in the years 1998 and 1999. This will help establish a baseline against which future changes in child well-being can be measured.

There are a few noted exceptions where the data presented are for a different reporting year. For example, for Aboriginal children, the most recent data available are from the 1996 Census. For children with disabilities, data from the 2001 PALS are not yet available. As a result, the most current data are from the 1991 HALS (the predecessor to PALS).

Chapter 2: A Portrait of Canada's Young Children

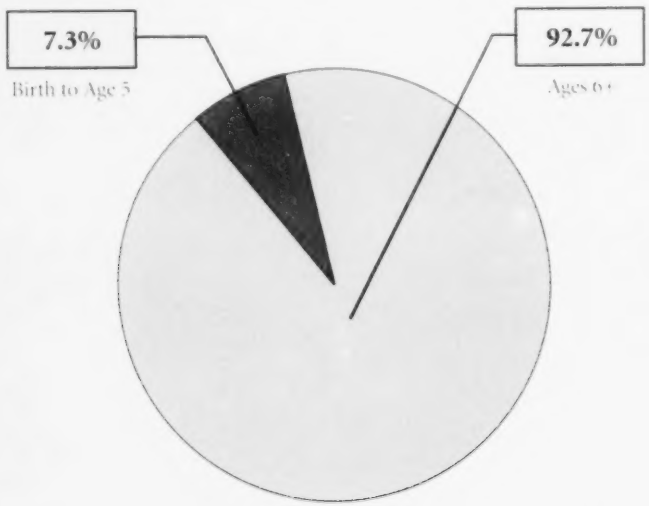
An Overview of Canada's Young Children

Young children in Canada all have unique lives. Understanding who these children are will help us to support each of them to reach their own unique potential – to be healthy, safe and secure, to be eager and able to learn, and to participate in their communities.

7.3% of the Canadian population were between birth and 5 years of age in 1999

On July 1, 1999 there were 2,224,935 children from birth to age 5 in Canada, representing 7.3% of the total Canadian population. These children are relatively equally distributed among the individual ages.

Figure 1: Proportion of children from Birth to Age 5, Canada, July 1, 1999

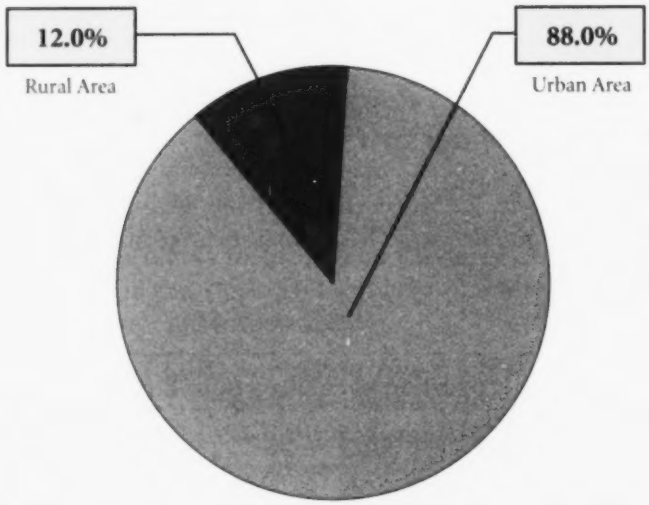


Source: Annual Population Estimates, Demography Division, Statistics Canada

Of these children, 51.2% were boys (1,139,595 children) and 48.8% were girls (1,085,340 children).

The majority of young children live in an urban setting

Figure 2: Distribution of Children by Place of Residence, Canada, 1998-1999



Source: National Longitudinal Survey of Children and Youth, Cycle 3 (1998-1999)

Canada continues to be a predominantly urban country. In 1996, 77.9% of the total Canadian population lived in an urban area.[8] This pattern is even more pronounced for young children. In 1998-1999, 88% of all children from birth to age 5 lived in urban areas[9] (1,904,070 children).

[8] Statistics Canada, *Urban and Rural Population Counts for Provinces and Territories, 1996 Census - 100% Data*. Catalogue No. 93-357-XPB.

[9] The NLSCY uses the Statistics Canada Census classification for urban and rural areas. According to the 2001 Census Dictionary (Calalogue No. 92-378-XIE), an urban area is an area with a population of at least 1,000 people and a minimum of 400 people per square kilometre. A rural area includes all living in territory outside urban areas.

How Healthy Are Our Young Children?

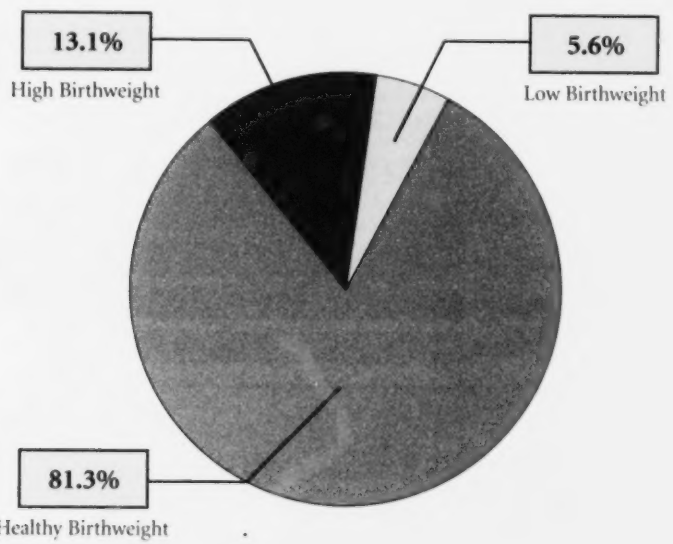
Research has shown that the health of children during their first years has an impact on how they function later on in life.

The following section presents key information on the health of young children in Canada.

Over 80% of children are born at a healthy weight

A child's weight at birth is a key indicator of development both in utero and after birth. Children born at a low birthweight face a number of potential problems, including increased risk of dying during the first year of life, developmental disabilities and disease.[10] Children born at a high birthweight are at greater risk of death within the first month of life, injuries during birth, and intellectual and developmental problems.[11]

Figure 3: Distribution of Young Children by Birthweight, Canada, 1999



Source: Canadian Vital Statistics - Birth Database

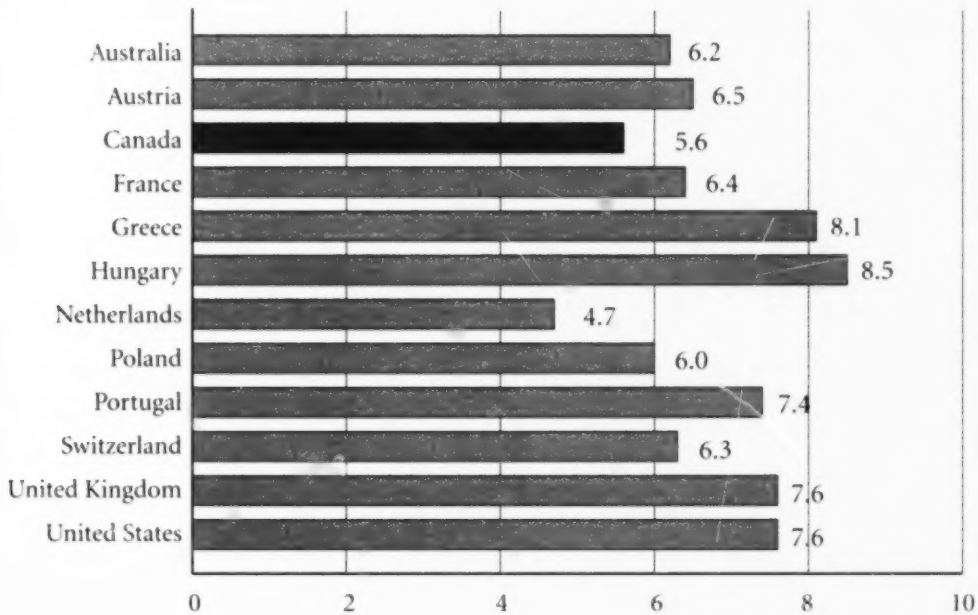
[10] Government of Canada (2002) *Healthy Canadians - A Federal Report on Comparable Health Indicators 2002*. Ottawa: Health Canada.

[11] MacMillan, H. et al. "Chapter 1 - Children's Health". *First Nations and Inuit Regional Health Survey*. Ottawa.

A healthy birthweight is defined as between 2500 and 4000 grams. Children weighing less than 2500 grams are considered to be of low birthweight and children weighing more than 4000 grams are considered to be of high birthweight. In 1999, **81.3%** of all Canadian children (or 273,845 children) were born at a healthy weight.

More females than males are born at a healthy birthweight; 84% compared to 79%. Girls are more likely to be born at a low birthweight (under 2500 grams) while boys are more likely to be born at a high birthweight (over 4000 grams). Typically, over half of low birthweight children are premature.[12]

Figure 4: Percentage of Children Born at a Low Birthweight, Selected OECD Countries, 1999



Source: Organisation for Economic Co-Operation and Development, *OECD Health Data 2002*

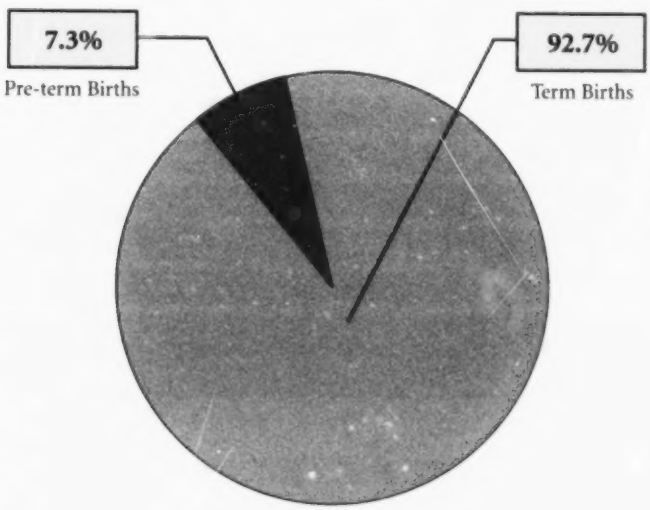
Compared to other member countries of the Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD), Canada had one of the lowest percentages of children born at a low birthweight, at 5.6% in 1999.

[12] Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health (1999) *Statistical Report on the Health of Canadians*. Ottawa: Government of Canada.

Few Canadian children are born premature

The traditionally accepted gestation period for a child is a minimum of 37 weeks. A child born before that time is considered to be "pre-term." Being born early can have an impact on child development as these children are typically more susceptible to low birthweights and associated health problems.

Figure 5: Pre-term Birth Rate, Canada, 1999



Source: Canadian Vital Statistics - Birth Database

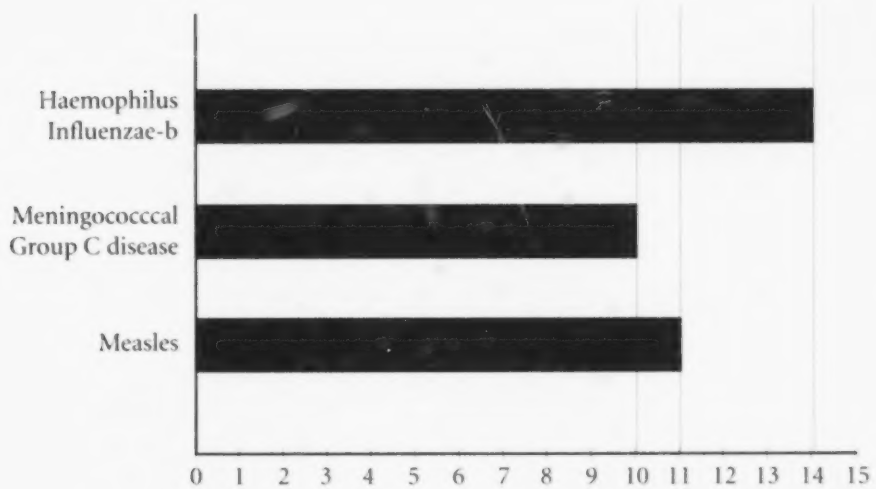
In 1999, **92.7%** of all children were born at 37 weeks of gestation or later (312,389 children). Pre-term births are more prevalent among males than females; 7.7% of all boys (13,281 children) were born early compared with 6.9% of all girls (11,268 children).

Canada continues to maintain the lowest incidence of measles and Haemophilus influenzae-b in its history

Childhood immunization is essential to protect against various disabling and even fatal diseases.[13] Until recently (prior to immunization), infectious childhood diseases were a significant cause of illness, disability and death. With high levels of immunization, children in Canada are able to enjoy a high level of security from these serious diseases.[14]

While Canadian children are immunized against several diseases, up-to-date national vaccine coverage rates are not available. Work is under way to obtain reliable data on the number of children from birth to age 5 immunized for all vaccine preventable diseases in Canada. Until these data are available, the Government of Canada has chosen to report on the incidence of three vaccine preventable diseases which must be reported by doctors across Canada if they occur: Haemophilus influenzae-b (Hib), meningococcal group C disease and measles.

Figure 6: Number of Cases of Selected Vaccine Preventable Diseases, Canada, 1999



Source: Division of Immunization and Respiratory Diseases, Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Health Canada.

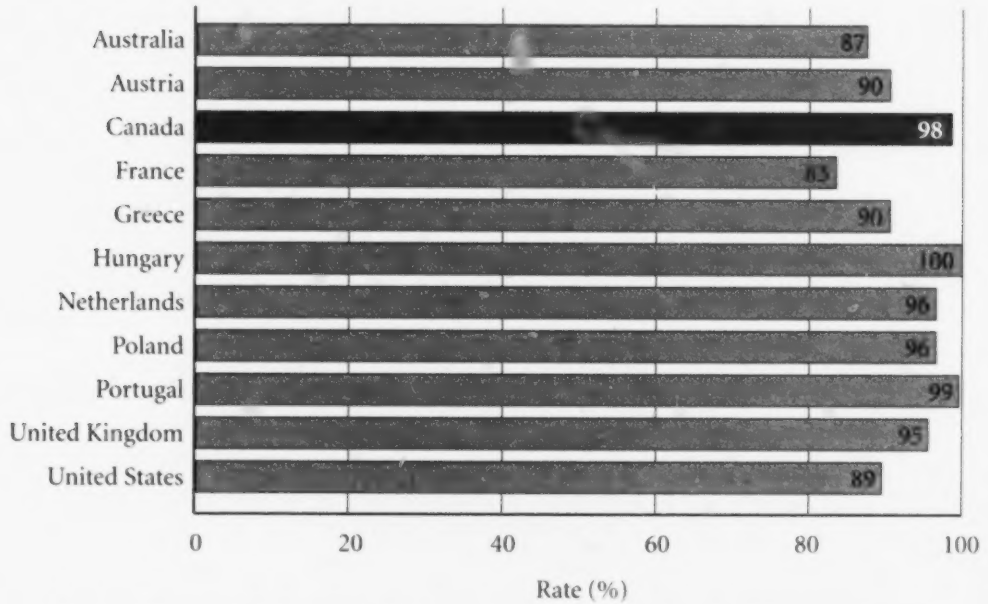
Note: For measles and meningococcal disease, cases include children from birth to 5 years; for Hib, cases include children from birth to 4 years.

[13] Ibid.

[14] Canadian Institute of Child Health (2000) *The Health of Canada's Children – Third Edition*. Ottawa: Canadian Institute of Child Health.

In 1999, there were **14** cases of Hib, **10** cases of group C meningococcal disease and **11** cases of measles documented in Canada. It is important to note that since 1998, all cases of measles have been imported or import-related.

Figure 7: Rate of Vaccination Coverage for Measles, Children Less Than 1 Year of Age, Selected OECD Countries, 1997



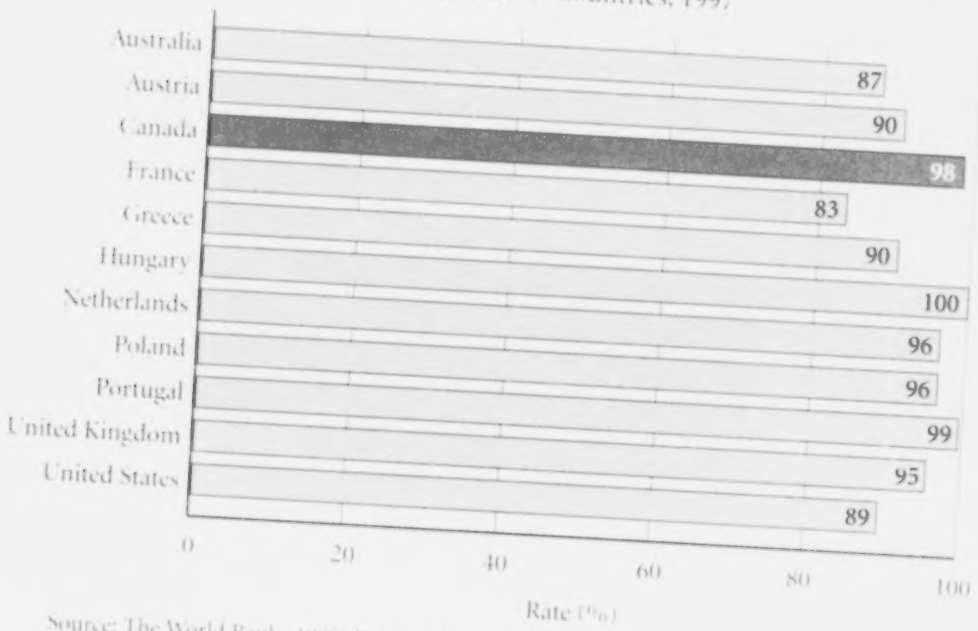
Source: The World Bank (1999) World Development Indicators 1999, Washington, D.C
Note: For Canada, the vaccine coverage rate is for children at 2 years of age.

Internationally, in 1997, at 98%, Canada had one of the highest rates of vaccination coverage for measles among very young children. This high rate of vaccination coverage, a 2-dose catch-up campaign in 1996, and a routine 2-dose program implemented in 1996-1997, have helped Canada to maintain the lowest incidence of measles in the country's history.[15]

[15] In 1995, the National Advisory Committee on Immunization (NACI) reaffirmed Canada's commitment to the goal of the elimination of measles by recommending a second dose of measles vaccine be administered routinely at least one month after the initial dose, to raise protection as high as possible. In addition, a special catch-up program of the second dose of measles vaccine was implemented by provincial and territorial ministries for those children and adolescents previously immunized with one dose.

In 1999, there were **14** cases of Hib, **10** cases of group C meningococcal disease and **11** cases of measles documented in Canada. It is important to note that since 1998, all cases of measles have been imported or import-related.

Figure 7: Rate of Vaccination Coverage for Measles, Children Less Than 1 Year of Age, Selected OECD Countries, 1997



Source: The World Bank (1999) World Development Indicators 1999, Washington, DC
Note: For Canada, the vaccine coverage rate is for children at 2 years of age.

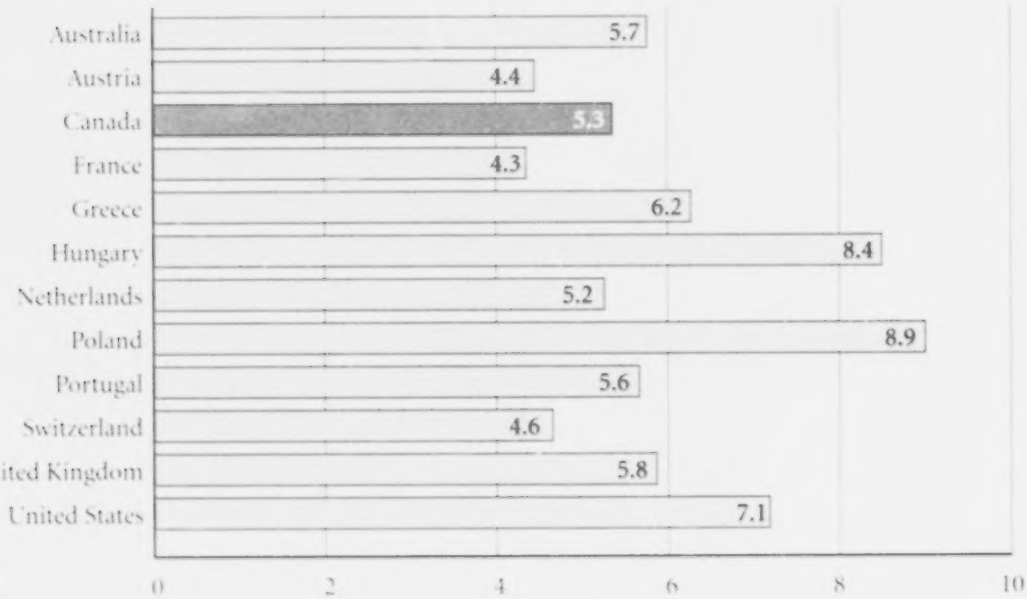
Internationally, in 1997, at 98%, Canada had one of the highest rates of vaccination coverage for measles among very young children. This high rate of vaccination coverage, a 2-dose catch-up campaign in 1996, and a routine 2-dose program implemented in 1996-1997, have helped Canada to maintain the lowest incidence of measles in the country's history.[15]

In 1985, the National Advisory Committee on Immunization (NACI) reaffirmed Canada's commitment to the goal of the elimination of measles by recommending a second dose of measles vaccine be administered routinely at least one month after the initial dose to ensure protection as high as possible. In addition, a special catch-up program of the second dose of measles vaccine was implemented by provincial and territorial ministries for those children and adolescents previously immunized with one dose.

Canada has a low infant mortality rate

Infant mortality refers to the rate of children who die within the first year of life but does not include still births. The infant mortality rate in Canada has declined over the past two decades.[16] In Canada, the infant mortality rate for 1999 was **5.3 deaths per 1,000 live births**. This rate varied slightly for boys and girls; for boys it was 5.7 deaths per 1,000 live births while for girls it was 4.8 deaths per 1000 live births.

Figure 8: Infant Mortality Rate (per 1,000 Live Births), Selected OECD Countries, 1999



Source: Organisation for Economic Co-Operation and Development, *OECD Health Data 2002*

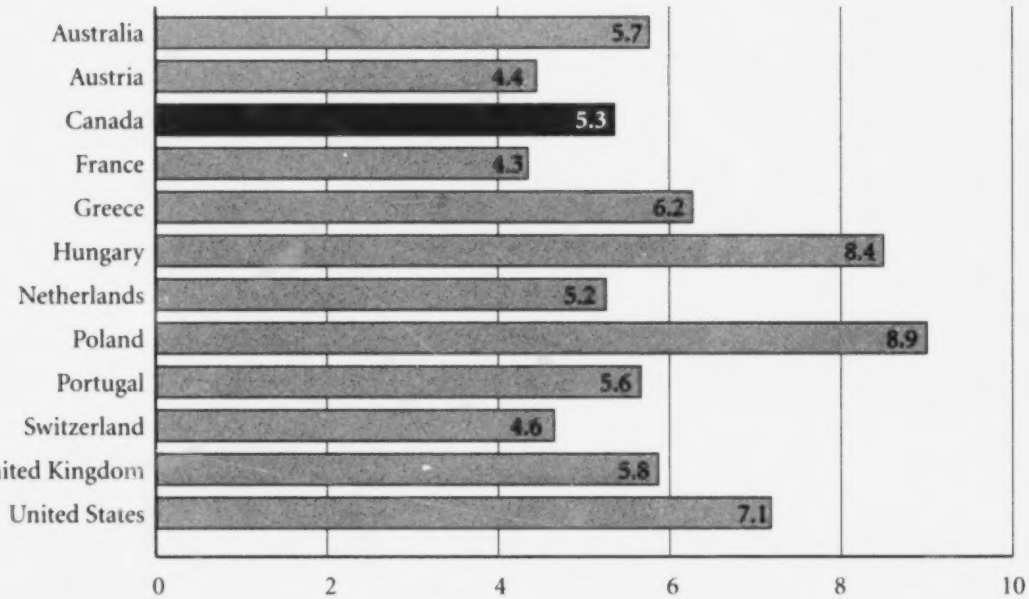
According to data from the OECD, the Canadian infant mortality rate is comparable to other developed countries.

[16] Government of Canada (2002), *Healthy Canadians – A Federal Report on Comparable Health Indicators 2002*, Ottawa: Health Canada.

Canada has a low infant mortality rate

Infant mortality refers to the rate of children who die within the first year of life but does not include still births. The infant mortality rate in Canada has declined over the past two decades.[16] In Canada, the infant mortality rate for 1999 was **5.3 deaths per 1,000 live births**. This rate varied slightly for boys and girls; for boys it was 5.7 deaths per 1,000 live births while for girls it was 4.8 deaths per 1000 live births.

Figure 8: Infant Mortality Rate (per 1,000 Live Births), Selected OECD Countries, 1999



Source: Organisation for Economic Co-Operation and Development, *OECD Health Data 2002*

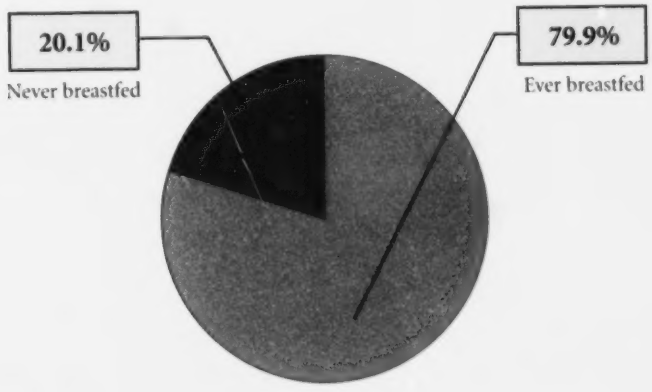
According to data from the OECD, the Canadian infant mortality rate is comparable to other developed countries.

[16] Government of Canada (2002). *Healthy Canadians – A Federal Report on Comparable Health Indicators 2002*. Ottawa: Health Canada.

The majority of children in Canada were breastfed during infancy

A baby who is breastfed is not only receiving good nutrition but also experiencing the stimulation of touch, sight, sound, taste, warmth and smell, all of which help foster positive child development. In addition, experts agree that human breast milk contains the perfect balance of nutrients a baby needs to develop.[17]

Figure 9: Percentage of Children from Birth to 3 Years of Age Breastfed, Canada, 1998-1999



Source: National Longitudinal Survey of Children and Youth, Cycle 3 (1998-1999)
Note: Includes both children currently being breastfed as well as children who were ever breastfed

In 1998-1999, **79.9%** of Canadian children from birth to age 3 (1,115,868 children) were either being breastfed or had been breastfed previously.

Experts agree that the optimal duration for breast feeding a baby is six months or more.[18] Of those children who had been or were being breastfed, 32.5% had been breastfed for 12 weeks or less, 33.4% had been breastfed for 3 to 6 months and 34% had been breastfed for 7 months or longer.

Children living in urban areas are slightly more likely to have been breastfed than their counterparts living in rural regions. In 1998-1999, 80.8% of children up to and including 3 years of age living in urban areas had been or were being breastfed compared to 72.8% living in rural regions.

[17] McCain, Hon. Margaret Norrie and Mustard, J. Fraser (1999) *Reversing the Real Brain Drain – Early Years Study Final Report.* Toronto: Children's Secretariat, Government of Ontario.

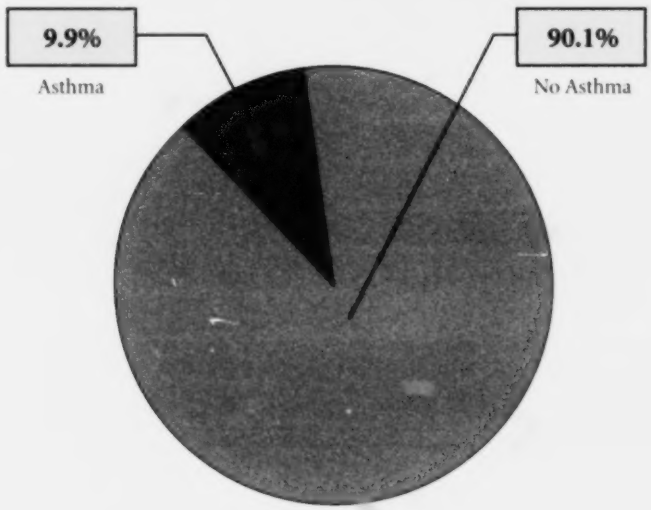
[18] Canadian Institute of Child Health (2000) *The Health of Canada's Children – Third Edition.* Ottawa: Canadian Institute of Child Health.

Roughly 1 in 10 young children has asthma

Asthma, a chronic inflammatory disorder of the airways, is one of the most prevalent chronic conditions in Canada. It is not uncommon for children to be diagnosed with asthma during their preschool years.[19] The existence of asthma can have an impact on child development. In severe cases, asthma may limit the activities in which a child can participate.

In 1998-1999, **9.9%** of young children (213, 648 children) had been professionally diagnosed with asthma. This represents an increase of 1.6% more children than were diagnosed in 1994-1995.

Figure 10: Prevalence of Diagnosed Asthma Among Young Children, Canada, 1998-1999



Source: National Longitudinal Survey of Children and Youth, Cycle 3 (1998-1999)

Of those children who had been diagnosed with asthma, 12.3% (26,410 children) indicated that having asthma limited the activities in which they could participate.

In addition, the number of children with asthma was higher in urban than rural areas. In 1998-1999, 10.2% of children living in urban areas had professionally diagnosed asthma compared to 8.0% living in rural regions.

[19] Ibid.

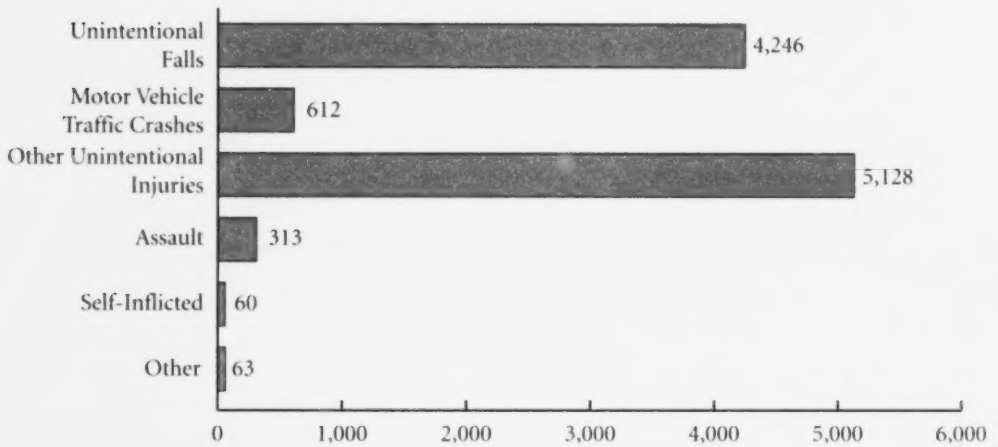
Are Young Children Safe and Secure?

It is important to ensure that our children grow up feeling safe and secure. "For optimal development, children need secure homes, violence-free family environments and protection from victimization."[20]

The following section provides some preliminary data on the safety and security of young children in Canada.

Young children in Canada are relatively safe from injury

Figure 11: Hospitalizations Resulting from Injuries, Children from Birth to 5 Years of Age, Canada, Fiscal Year 1999-2000



Source: Canadian Institute of Health Information, Hospital; Morbidity Database 1999.

In fiscal year 1999-2000, the majority of children hospitalized as the result of an injury had suffered a fall or an "other unintentional injury". Examples of "other unintentional injuries" are accidental poisonings or cuts and burns. In general, boys were more likely than girls to receive treatment at a hospital for an injury.

Based on 1998-1999 data,[21] approximately 60% of injuries for children from birth to 5 years of age presented at hospital emergency departments occurred in their own home. As children get older, the range of locations in which they sustain injuries broadens[22] – associated with the fact that they are increasingly likely to participate in more activities outside the home.

---

[20] Federal/Provincial/Territorial Council of Ministers on Social Policy Renewal (1999) *A National Children's Agenda – Developing a Shared Vision*. Canada.

[21] These data are derived from the Canadian Hospitals Injury Reporting and Prevention Program (CHIRPP), Canada's principal injury surveillance program. CHIRPP collects data from the emergency departments of 10 pediatric and 5 general hospitals across Canada.

[22] Health Canada. The Canadian Hospitals Injury Reporting and Prevention Program (CHIRPP), 1998-1999.

Injuries are a cause of death among children. Consequently, in recent years, there has been an increased focus on the prevention of childhood injuries. In 1999, **9.6%** of all deaths among young children were the result of an injury. However, injuries are a much more prominent cause of death among children ages 1 to 5 years (51%) than they are for children less than 1 year of age (2.1%). The primary causes of injury-related deaths for children between birth and 5 years of age include motor vehicle traffic crashes and assault.

Keeping Young Children Safe and Secure

One of the ways in which Canadians can ensure their young children are safe and secure is to protect them from maltreatment such as abuse and neglect.

In 1998, there were an estimated 48,790 child maltreatment investigations in Canada among children from birth to 5 years of age. Of these, approximately 20,476 (42%) were substantiated, 10,817 (22%) were suspected and 17,497 (36%) were unsubstantiated. Sixty-three percent of all sexual abuse investigations involved female children and 37% involved males. For other categories of child maltreatment, including physical abuse, neglect and emotional maltreatment, more than half of the investigations involved male children.[23]

Work is currently under way on Cycle II of the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect.

[23] Data provided by the Injury and Child Maltreatment Section, Division of Health Surveillance and Epidemiology, Health Canada.

How Are Young Canadian Children Developing?

It is important to know how children are developing emotionally and cognitively as well as physically. In many instances, the onset of emotional and behavioural problems in childhood can lead to a lifetime of related problems.[24] The NLSCY is a valuable tool to capture information on children's emotions and behaviours as it incorporates measures of prosocial behaviour, hyperactivity-inattention, emotional problems-anxiety and aggression. The NLSCY also evaluates a child's motor and social development as well as language abilities.

Measuring Motor and Social Development in the National Longitudinal Survey of Children and Youth

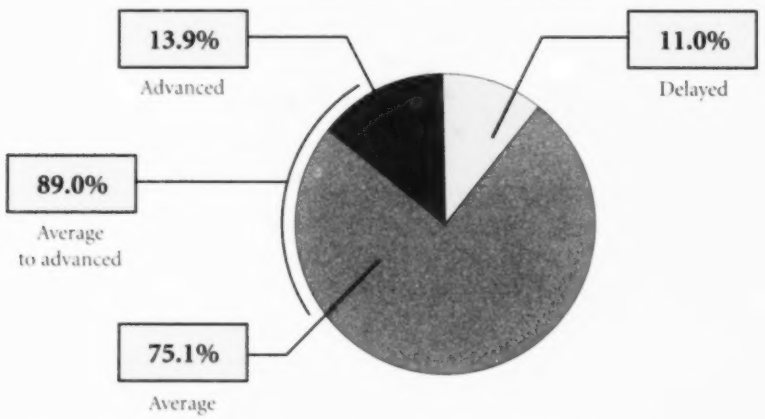
The NLSCY incorporates a scale consisting of a set of 15 questions that measure dimensions of the motor and social development of young children from birth through 3 years. Within this scale, the questions used to capture motor and social development are age sensitive. These questions are answered by the person most knowledgeable about the child and reflect a parental assessment of the child's motor and social development, not a professional diagnosis.

The results of these questions are combined into a standardized scale in which the average score for the population is set at 100 with a standard deviation of 15. This standardized score takes account of the child's age and allows for comparisons of scores to be made across age groups. Based on the score, children scoring between 85 and 115 were considered to have average development. Children scoring below 85 displayed symptoms of delayed development while those scoring above 115 points displayed advanced development.

[24] Offord, David R. and Lipman, Ellen L. (1996) "Emotional and Behavioural Problems" in *Growing Up in Canada – National Longitudinal Survey of Children and Youth*. Ottawa: Human Resources Development Canada and Statistics Canada.

89% of children display no delays in motor and social development

Figure 12: Distribution of Children from Birth to 3 years of Age by Score on the Motor and Social Development Scale, Canada, 1998-1999



Source: National Longitudinal Survey of Children and Youth, Cycle 3 (1998-1999)

In 1998-1999, **89%** of children from birth to 3 years of age (1,201,059 children) displayed average to advanced levels of motor and social development.

Children who had lower levels of motor and social development were more likely to have difficulty doing such activities as crawling/walking unassisted and/or riding a tricycle in comparison to other children their age. In addition, these children were less likely to be able to clearly communicate wants/desires. Of the 11% of children who showed signs of delayed motor and social development, there were more girls than boys.

The Measurement of Behaviour in the National Longitudinal Survey of Children and Youth

This report discusses four measures of behaviour from the NLSCY: emotional problem-anxiety, hyperactivity, physical aggression-conduct problem and prosocial behaviour. For each behaviour, a set of questions is used and the answers combined into a scale to give a more valid representation of the different types of behaviour. These questions are answered by the person most knowledgeable about the child, reflecting a parental assessment of the child's behaviours, not a professional diagnosis. Examples of the types of behaviours captured for each measure follow:

Emotional Problem-Anxiety is characterized by feelings of anxiety/nervousness or depression (i.e. child cries a lot, is sad or unhappy).

Hyperactivity is characterized by restlessness, fidgeting, lack of concentration and inability to wait for his or her turn.

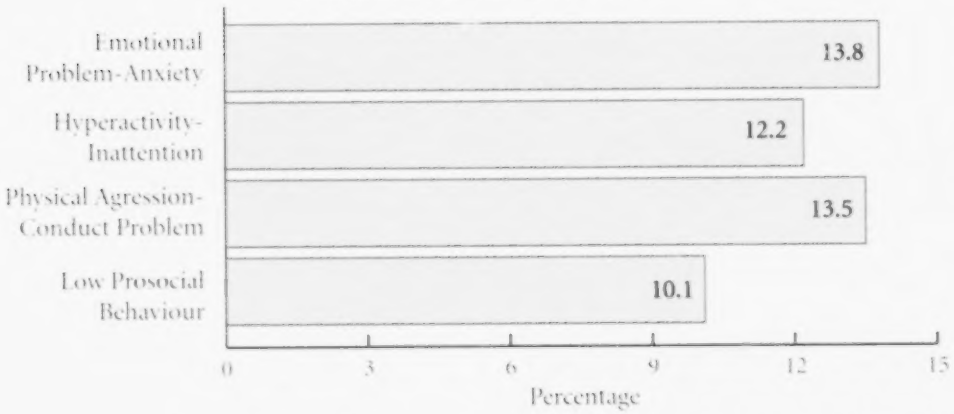
Physical Aggression-Conduct Problem is identified if the child gets into fights, is threatening or physically aggressive.

Prosocial Behaviour is identified if the child is sympathetic and/or volunteers to help others.

To identify the presence of behavioural problems, thresholds (or cut-off points) were identified for each of the behaviours. These thresholds were established by taking the scale score that is closest to the 90th percentile for each of the individual scales. The data presented represent the proportion of children who exhibit signs of problems for each of the individual behaviours.

The majority of children do not exhibit signs of behaviour problems

Figure 13: Percentage of Young Children Showing Signs of Behaviourial Problems, Canada, 1998-1999



Source: National Longitudinal Survey of Children and Youth, Cycle 3 (1998-1999)

Children with emotional problems/anxiety are more likely to appear unhappy, depressed or nervous than other children. In 1998-1999, **86.2%** of children between the ages of 2 and 5 years did not display signs associated with emotional problems-anxiety.

Children who appear restless and/or hyperactive and have a tendency to fidget or lose concentration quickly are exhibiting signs associated with hyperactivity-inattention. In 1998-1999, **87.8%** of children between the ages of 2 and 5 years did not display signs associated with hyperactivity-inattention.

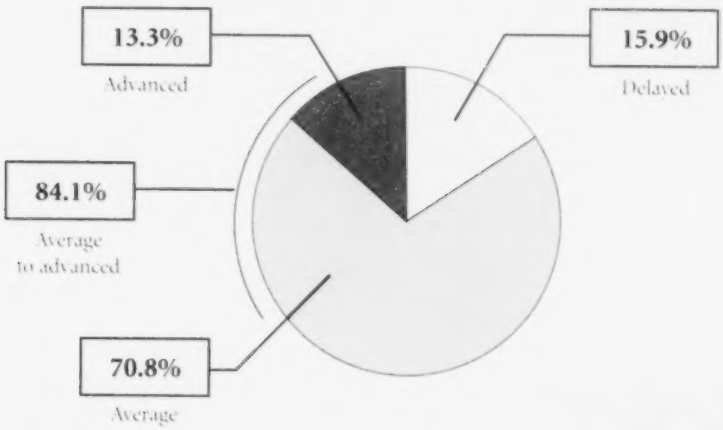
Children who tend to get into fights, are physically aggressive (i.e. kicking, biting) and/or destroy belongings are demonstrating signs associated with physical aggression-conduct problems. In 1998-1999, **86.5%** of children between the ages of 2 and 5 years did not display signs associated with physical aggression-conduct problems.

Of those children who displayed behavioural problems, boys consistently displayed higher levels of emotional problems-anxiety, hyperactivity-inattention and physical aggression-conduct problems than girls. The greatest difference was in the area of physical aggression-conduct problems with 16.6% of boys displaying high levels of this behaviour compared to 10.2% of girls.

The display of prosocial behaviour is also used as a measure of a child's behaviour. A child who is helpful, comforting and/or shows sympathy to others is exhibiting signs of prosocial behaviour. In 1998-1999, **89.9%** of all children ages 2 to 5 displayed average to high levels of prosocial behaviour. Girls were more likely than boys to display average to high levels of prosocial behaviour (91.8% of girls versus 87.8% of boys).

The majority of children exhibit an ability to hear/understand vocabulary

Figure 14: Distribution of 4- and 5-Year-Old Children by Score on the PPVT-R, Canada, 1998-1999



Source: National Longitudinal Survey of Children and Youth, Cycle 3 (1998-1999)

In 1998-1999, over **84.1%** of all 4- and 5-year olds displayed average to advanced levels of verbal development (83,123 children). Of those, 13.3% displayed advanced levels of verbal development. Children with advanced verbal development are more likely to be able to do such activities as word association (matching words to the appropriate picture), which is a strong predictor of a child's future abilities to read and learn.

In 1998-1999, boys were more likely than girls to display delayed verbal development (16.5% versus 15.3% respectively) but were also more likely to display advanced verbal development (14.1% versus 12.5%).

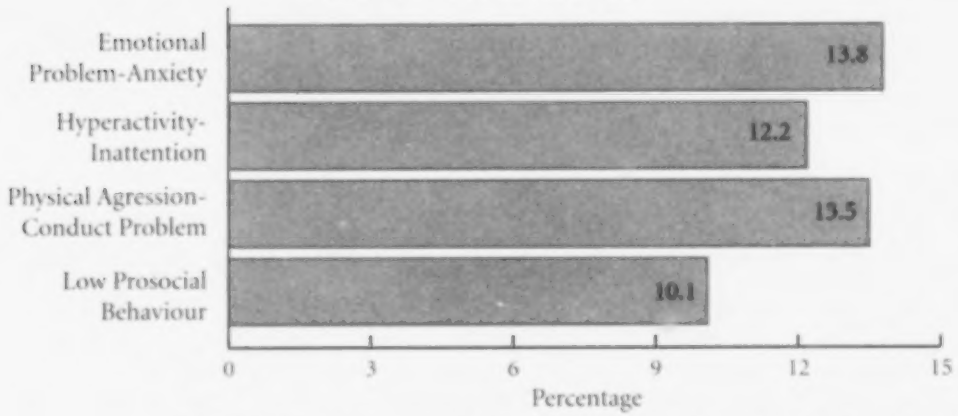
Measuring Language and Receptive Vocabulary in the National Longitudinal Survey of Children and Youth

The Peabody Picture and Vocabulary Test – Revised (PPVT-R) is a direct assessment tool intended to measure receptive or hearing vocabulary in children ages 4 and 5 years. The interviewer administers the test directly to the child in either English or French once the child's parents have given consent.

Based on the results of the test, a standardized score is developed, in which the average score for the population is set at 100 with a standard deviation of 15. This standardized score takes account of the child's age and allows for comparisons of scores to be made across age groups. Based on the standardized score, a child who scored between 85 and 115 displays average verbal development. A child who scores 84 or below displays delayed verbal development while a child with a score of 116 plus displays advanced verbal development.

The majority of children do not exhibit signs of behaviour problems

Figure 13: Percentage of Young Children Showing Signs of Behaviourial Problems, Canada, 1998-1999



Source: National Longitudinal Survey of Children and Youth, Cycle 3 (1998-1999)

Children with emotional problems/anxiety are more likely to appear unhappy, depressed or nervous than other children. In 1998-1999, **86.2%** of children between the ages of 2 and 5 years did not display signs associated with emotional problems-anxiety.

Children who appear restless and/or hyperactive and have a tendency to fidget or lose concentration quickly are exhibiting signs associated with hyperactivity-inattention. In 1998-1999, **87.8%** of children between the ages of 2 and 5 years did not display signs associated with hyperactivity-inattention.

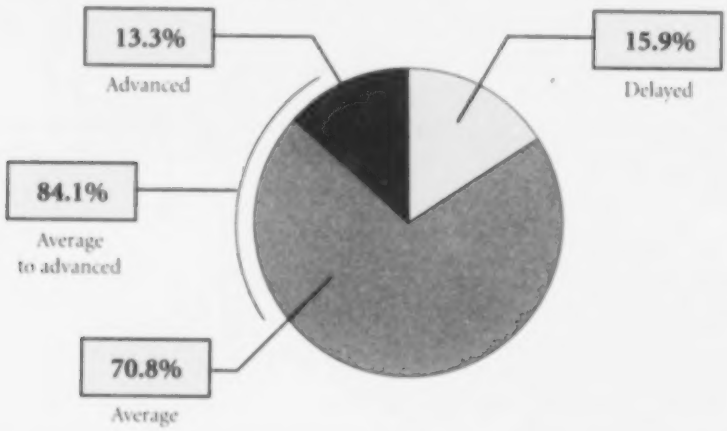
Children who tend to get into fights, are physically aggressive (i.e. kicking, biting) and/or destroy belongings are demonstrating signs associated with physical aggression-conduct problems. In 1998-1999, **86.5%** of children between the ages of 2 and 5 years did not display signs associated with physical aggression-conduct problems.

Of those children who displayed behavioural problems, boys consistently displayed higher levels of emotional problems-anxiety, hyperactivity-inattention and physical aggression-conduct problems than girls. The greatest difference was in the area of physical aggression-conduct problems with 16.6% of boys displaying high levels of this behaviour compared to 10.2% of girls.

The display of prosocial behaviour is also used as a measure of a child's behaviour. A child who is helpful, comforting and/or shows sympathy to others is exhibiting signs of prosocial behaviour. In 1998-1999, **89.9%** of all children ages 2 to 5 displayed average to high levels of prosocial behaviour. Girls were more likely than boys to display average to high levels of prosocial behaviour (91.8% of girls versus 87.8% of boys).

The majority of children exhibit an ability to hear/understand vocabulary

Figure 14: Distribution of 4- and 5-Year-Old Children by Score on the PPVT-R, Canada, 1998-1999



Source: National Longitudinal Survey of Children and Youth, Cycle 3 (1998-1999)

In 1998-1999, over **84.1%** of all 4- and 5-year olds displayed average to advanced levels of verbal development (83,123 children). Of those, 13.3% displayed advanced levels of verbal development. Children with advanced verbal development are more likely to be able to do such activities as word association (matching words to the appropriate picture), which is a strong predictor of a child's future abilities to read and learn.

In 1998-1999, boys were more likely than girls to display delayed verbal development (16.5% versus 15.3% respectively) but were also more likely to display advanced verbal development (14.1% versus 12.5%).

Measuring Language and Receptive Vocabulary in the National Longitudinal Survey of Children and Youth

The Peabody Picture and Vocabulary Test – Revised (PPVT-R) is a direct assessment tool intended to measure receptive or hearing vocabulary in children ages 4 and 5 years. The interviewer administers the test directly to the child in either English or French once the child's parents have given consent.

Based on the results of the test, a standardized score is developed, in which the average score for the population is set at 100 with a standard deviation of 15. This standardized score takes account of the child's age and allows for comparisons of scores to be made across age groups. Based on the standardized score, a child who scored between 85 and 115 displays average verbal development. A child who scores 84 or below displays delayed verbal development while a child with a score of 116 plus displays advanced verbal development.

Highlights

In Canada, in 1998-1999, young children from birth to 5 years of age were developing well:

- 81.3% of babies were born at a healthy birthweight.
- 92.7% of children were born full term.
- Canada continued to maintain the lowest incidence of measles and Haemophilus Influenzae-b in its history.
- The infant mortality rate in Canada was 5.3 children per 1,000 live births.
- 79.9% of children from birth to 3 years of age were either being breastfed or had been breastfed previously.
- 1 in 10 young children had been professionally diagnosed with asthma.
- The majority of injuries to young children for which they were treated at hospital were caused by accidental falls, cuts and burns.
- 9.6% of all deaths among young children were the result of an injury.
- 89% of children from birth to age 3 showed signs of average to advanced motor and social development.
- 86.2% of children between the ages of 2 and 5 years did not display signs associated with emotional problems-anxiety.
- 87.8% of children between the ages of 2 and 5 years did not display signs associated with hyperactivity-inattention.
- 86.5% of children between the ages of 2 and 5 years did not display signs associated with physical aggression-conduct problems.
- 89.9% of all children ages 2 to 5 displayed average to high levels of prosocial behaviour.
- 84.1% of children aged 4 to 5 years displayed average or advanced levels of verbal development.

Chapter 3: A Portrait of Canadian Families

"Parents and families play the primary role in children's lives, and a nurturing, supportive family is the best foundation for good child development."[25] Intuitively we have always known that families and, in particular, parenting practices and lifestyle, influence children's lives, either directly or indirectly. The family environment in which young Canadian children are growing up has changed dramatically over the past decades. The traditional two-parent family of the 1950s is no longer the only significant model of family life. Young children are born into a variety of different family types – married couples, common-law couples, lone-parent families and blended families. And the family to which the child is born is not guaranteed to be the family in which the child will spend his or her entire childhood since family structure is in a constant state of flux. In addition, today, many young women complete their education and begin their careers before they have children. However, despite these changes and the pressures associated with balancing work and family, parents still understand the importance of the first five years of life and are spending more time with their young children than a decade ago.[26]

The objective of this chapter is to paint a portrait of the family environment in which the young children of today are growing up. As research becomes available, future reports will be able to explore the influences that families have on children's outcomes. "Understanding the impacts of environmental influences can help us make choices that build more supportive environments for children and enhance their development."[27] Specifically, this chapter will answer some key questions about the families in which young Canadian children are growing up: What kind of families do young Canadian children live in? Who are the parents of young Canadian children? How do they parent?

[25] Federal/Provincial/Territorial Council of Ministers on Social Policy Renewal (1999) *A National Children's Agenda – Developing a Shared Vision*. Canada.

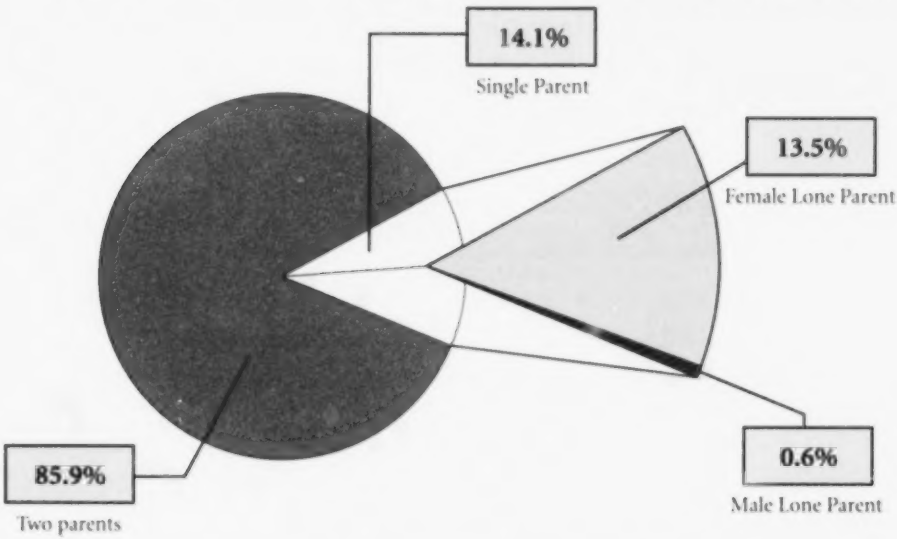
[26] Zuzanek, J. (Summer 2001) "Parenting Time: Enough or Too Little?" (pp. 125–133) *in Isuma – Canadian Journal of Policy Research*. Volume 2, Number 2.

[27] Federal/Provincial/Territorial Council of Ministers on Social Policy Renewal (1999) *A National Children's Agenda – Developing a Shared Vision*. Canada.

What Kind of Families Do Young Canadian Children Live In?

The majority of young children are growing up in two-parent families – either blended or intact.[28] In 1998-1999, 86% of young children lived in two-parent families.

Figure 15: Distribution of Young Children in Canada by Family Type, 1998-1999



Source: National Longitudinal Survey of Children and Youth, Cycle 3 (1998-1999)

The number of lone-parent families in Canada has increased in the past couple of decades. Between 1971 and 1991, the proportion of lone-parent families increased from 9.4% of all families to 13% of all families.[29] In 1998-1999, 14.1% of young children lived in lone-parent families. The proportion of female-led lone-parent families is substantially larger than male-led lone-parent families. In 1998-1999, 13.5% of all young children lived in a lone-parent family that was led by a female compared to 0.6% in male-led lone-parent families.

Children who experience parental separation do so at a younger age. Whereas approximately 5% of children born in the early 1960s experienced parental separation before their sixth birthday, almost 25% of children born in the late 1980s[30] would experience this phenomenon before their sixth birthday.

[28] A *blended family* is typically made up of one biological parent and one step-parent while an *intact family* consists of both biological parents.

[29] Péron, Y. "The Evolution of Census Families from 1971 to 1991" (pp. 47–100) in *Canadian Families at the Approach of the Year 2000*. Statistics Canada. Catalogue No. 96-321-MPE No.4.

[30] Marcil-Gratton, N. (1998) *Growing up with Mom and Dad? Children and Family Instability*. Ottawa: Human Resources Development Canada, Applied Research Branch.

The number and proportion of large families has declined over the past years. In 1901, the average family consisted of 4.5 people. By 1986, the average size had dropped to 3.1 people[31] and further declined to 3.0 in 1998-1999. In 1998-1999, over 25% of young children in Canada were only children (did not have siblings).

In addition, mothers are choosing to have children later in life. With an increased focus on education and beginning a career, women are choosing to delay child birth. Consequently, since the 1960s, the average age of a mother at the birth of her first child has been steadily increasing. In the late 1960s, women were having their first baby around the age of 23. By 1999, this had increased to approximately 27 years of age.[32]

With the increased age of the mother at child birth and decreased family size, the total fertility rate in Canada is declining. In 1999, the total fertility rate for Canada was 1.52 children per woman, representing, over the past 20 years, a 40% decline in the total fertility rate for women ages 20 to 24 and a 25% decline for women ages 25 to 29.

What type of housing and communities do these families live in?

The type of housing people live in tends to have an impact on their lifestyle.

Research conducted using 1996 Census data indicates that the majority of Canadian children from birth to18 years of age live in households that meet the standards of affordability, suitability and adequacy, although 15% of children live in "core housing need," where the housing does not meet one of these standards. Typically, children living in rental accommodations were much more likely to be living in core housing need (36% of rental households compared to 7% of owner households).[33]

Parents wish to raise their children in neighbourhoods that are cohesive and foster a sense of safety and security. In 1998-1999, 84.9% of NLSCY respondents indicated that they felt a sense of satisfaction, safety and cohesion with the neighbourhood in which they lived.[34] In general, people living in rural communities were slightly more content with their neighbourhoods than those living in urban areas.

Beginning in the late 1990s, the Government of Canada began research in 13 selected Canadian communities to learn more about the influence of community factors on children's early development and to improve the community's capacity to use these data in monitoring child development and creating effective community-based responses. This initiative, called Understanding the Early Years (UEY) provides new information on the relationship between communities and child development. Future reports may present findings from the UEY initiative.

---

[31] The Vanier Institute of the Family (2000) *Profiling Canada's Families II.* Ottawa: Vanier Institute of the Family.

[32] Health Statistics Division, Statistics Canada.

[33] Canada Mortgage and Housing Corporation. *Research Highlights – Special Studies on 1996 Census Data: Housing Canada's Children.* (Socio-Economic Series, Issue 55-4). Ottawa: Government of Canada.

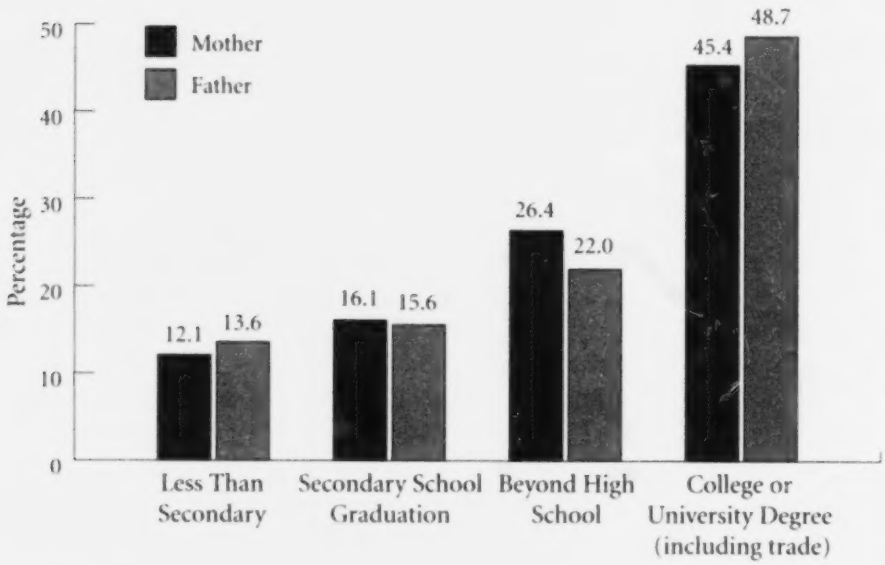
[34] The Neighbourhood Cohesion Scale in the NLSCY is used to measure the extent to which the person most knowledgeable about the child feels that there is cohesion within the community in which they live.

Who Are the Parents of Young Canadian Children?

Education

In the current knowledge-based economy, a high value is placed on education. "It is in skills and learning that our economic and social goals find common expression."[35]

Figure 16: Highest Level of Education of Parents of Young Children, Canada, 1998-1999



Source: National Longitudinal Survey of Children and Youth, Cycle 3 (1998-1999)

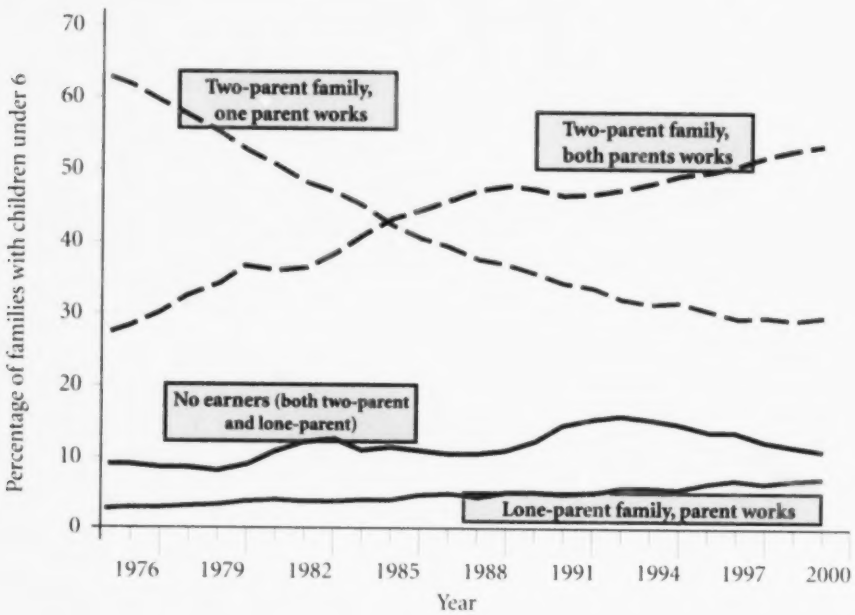
In 1998-1999, almost half of the parents of young children had obtained postsecondary education. As illustrated in figure 16, there was only a 3.3% difference in the proportion of fathers and mothers who had completed postsecondary education (48.7% of fathers compared with 45.4% of mothers). The number of mothers with young children who have a university or college degree has been steadily increasing over the past decade.

[35] Human Resources Development Canada (2002) *Knowledge Matters – Skills and Learning for Canadians. Canada's Innovation Strategy.* Ottawa: Government of Canada.

Work Outside the Home

A significant majority of young children have two parents working outside the home. In addition, the proportion of lone-parent families where the parent works outside the home has continued to rise.

Figure 17: Trends in Dual-Earner and Single-Earner Families with Young Children, Canada, 1976-2001



Source: Labour Force Survey, Public-Use Micro-File
Note: Due to data collection problems, data for 2000 have been omitted.

Even though more parents are working, mothers of young children report working fewer hours of paid work on average than either their spouses or women with older children.[36] In addition, fewer mothers with children under 1 year of age are working compared to mothers with children ages 1 to 5 years.

When compared to the countries in the European Union, Canada has among the highest percentage of employed mothers with young children. In 1996, 60% of Canadian mothers with at least one child under the age of 6 years were employed,[37] compared to 42% in Italy, 40% in Luxembourg and 36% in Spain.[38]

[36] Silver, C. (2000, summer) "Being There: The Time Dual-Earner Couples Spend with Their Children" in *Canadian Social Trends*. Ottawa: Statistics Canada.

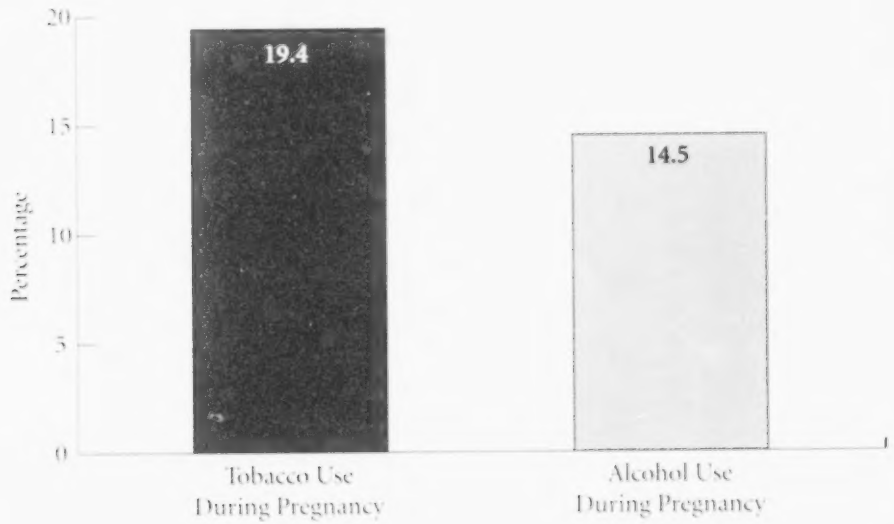
[37] Statistics Canada (1996) Canadian Census.

[38] Eurostat (1996) Custom Tabulation.

Health Risks

Over the past several years, an increased number of public awareness campaigns have advised on the dangers of smoking and drinking during pregnancy. Research indicates that smoking during pregnancy can lead to child health problems such as low birthweight and pre-term births. Alcohol consumption during pregnancy contributes to an increased risk of fetal alcohol syndrome/fetal alcohol effect.[39]

Figure 18: Tobacco and Alcohol Use During Pregnancy, Canada, 1998-1999



Source: National Longitudinal Survey of Children and Youth, Cycle 3 (1998-1999)

In 1998-1999, in Canada, 14.5% of mothers consumed some alcohol while pregnant and 19.4% of mothers smoked. In comparison, in the United States in 1999, approximately 13% of mothers smoked cigarettes while pregnant[40] while in the United Kingdom in 2000, 20% of mothers smoked during their pregnancy.[41]

[39] Fetal Alcohol Syndrome (FAS) is a medical diagnosis that refers to a specific cluster of anomalies associated with the use of alcohol during pregnancy. The three main characteristics of FAS are prenatal and/or postnatal growth restriction, characteristic facial features and central nervous system involvement.

Fetal Alcohol Effects (FAE) refers to children with prenatal exposure to alcohol, but only some FAS characteristics.

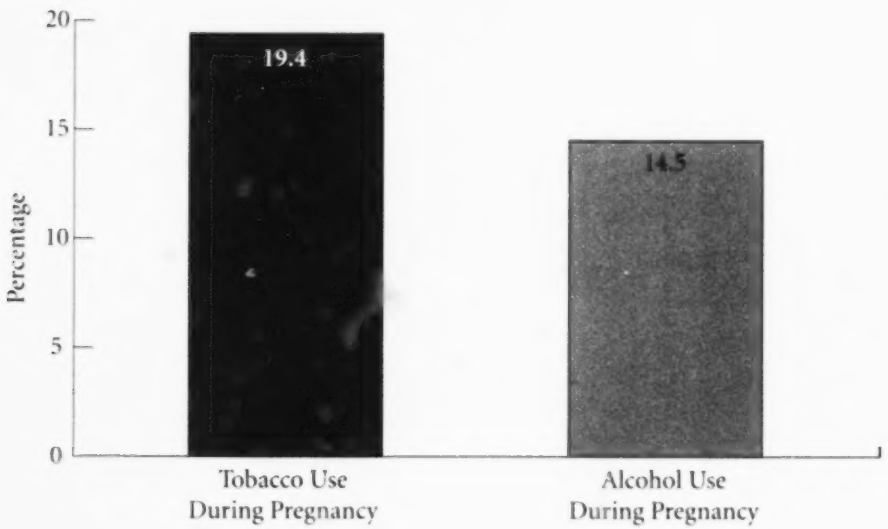
[40] *Health, United States, 2001, With Urban and Rural Health Chartbook*, (2001) United States: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention and National Center for Health Statistics.

[41] BMRB Social Research (2000) *2000 Infant Feeding Survey*. United Kingdom: Department of Health.

Health Risks

Over the past several years, an increased number of public awareness campaigns have advised on the dangers of smoking and drinking during pregnancy. Research indicates that smoking during pregnancy can lead to child health problems such as low birthweight and pre-term births. Alcohol consumption during pregnancy contributes to an increased risk of fetal alcohol syndrome/fetal alcohol effect.[39]

Figure 18: Tobacco and Alcohol Use During Pregnancy, Canada, 1998-1999



Source: National Longitudinal Survey of Children and Youth, Cycle 3 (1998-1999)

In 1998-1999, in Canada, 14.5% of mothers consumed some alcohol while pregnant and 19.4% of mothers smoked. In comparison, in the United States in 1999, approximately 13% of mothers smoked cigarettes while pregnant[40] while in the United Kingdom in 2000, 20% of mothers smoked during their pregnancy.[41]

[39] Fetal Alcohol Syndrome (FAS) is a medical diagnosis that refers to a specific cluster of anomalies associated with the use of alcohol during pregnancy. The three main characteristics of FAS are prenatal and/or postnatal growth restriction, characteristic facial features and central nervous system involvement.

Fetal Alcohol Effects (FAE) refers to children with prenatal exposure to alcohol, but only some FAS characteristics.

[40] *Health, United States, 2001, With Urban and Rural Health Chartbook.* (2001) United States: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention and National Center for Health Statistics.

[41] BMRB Social Research (2000) *2000 Infant Feeding Survey.* United Kingdom: Department of Health.

In addition to the warnings about substance use during pregnancy, society has become much more aware of the associated negative effects of second-hand smoke. Young children are particularly susceptible to the effects of environmental tobacco smoke (ETS), which can lead to a variety of health problems, both at birth as well as later on in life[42] (such as low birthweight, asthma).

In 1998-1999, 72.6% of the persons most knowledgeable about the child (PMK) and 70.4% of their spouses did not smoke at all. Of those who did smoke, the majority did so daily. Research shows that the presence of a household member who smokes daily will greatly increase the likelihood that children in the same household are exposed to a polluted environment.[43]

What are some of the challenges confronting the parents of young children?

Low Income

In Canada there is no official measure of poverty. Instead, there are several different measures that are used. The Low-Income Cut-Off (LICO) is one of the most widely used; it is a relative measure based on the percentage of income spent on basic needs by an average family. This measure can be examined using either pre-tax income or post-tax income.[44]

Table 1: Percentage of Families with Young Children Living Below the Low-Income Cut-Off, by Family Type, 1999

	Two-Parent Family	Lone-Parent Family	All Families
Pre-Tax LICO (1992 base)	14.8	59.7	21.1
Post-Tax LICO (1992 base)	10.0	49.5	15.6

Source: Statistics Canada, Survey of Labour and Income Dynamics

In 1999, 21.1% of all families with children from birth to 5 years of age were living below the pre-tax LICO (and 15.6% were living below the post-tax LICO).

[42] Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health (1999) *Statistical Report on the Health of Canadians.* Canada.

[43] Physicians for a Smoke-Free Canada (1999) *Highlight Sheet #1 – Smoking in Canadian Homes, Are Children at Risk?* Ottawa.

[44] The pre-tax LICO is set according to the proportion of annual pre-tax income (total income including government transfers before the deduction of income taxes) spent on basic needs (food, clothing and shelter). A household that spends 20% more on basic needs than the average family is considered to be living below the pre-tax LICO. The pre-tax LICO is adjusted for location and family size.

The post-tax LICO is set according to the proportion of annual post-tax income (total income including government transfers after the deduction of income taxes) spent on basic needs (food, clothing and shelter). Again, a household that spends 20% more on basic needs than the average family is considered to be living below the post-tax LICO. The post-tax LICO is also adjusted for location and family size.

Lone-parent families are more likely to live in low income than two-parent families. In 1999, 49.5% of lone-parent families were living below the post-tax LICO compared to 10% of two-parent families.

The depth of low income indicates the additional amount of income an average family with young children living below the LICO would need to reach the cut-off. In 1999, the average low-income family would have required an increase of either $8,625 before tax or $6,255 after tax to bring them to the LICO.

Parental Depression

Depression is a parental health characteristic which can potentially affect a "parent's ability to play an effective role in the life of his or her child."[45]

The depression scale in the NLSCY represents a condensed version of the Depression Rating Scale (CES-D). This scale measures the occurrence and severity of symptoms associated with depression in the public at large, not the occurrence of clinically diagnosed depression. In the NLSCY, the scale captures the existence of symptoms of depression, as reported by the parent responding. Depression is measured by a poor appetite, an inability to shake off the blues and/or concentrate, feelings of depression and restless sleep.

In 1998-1999, 88.8% of respondents, who were typically mothers, indicated that they did not exhibit signs of depression.

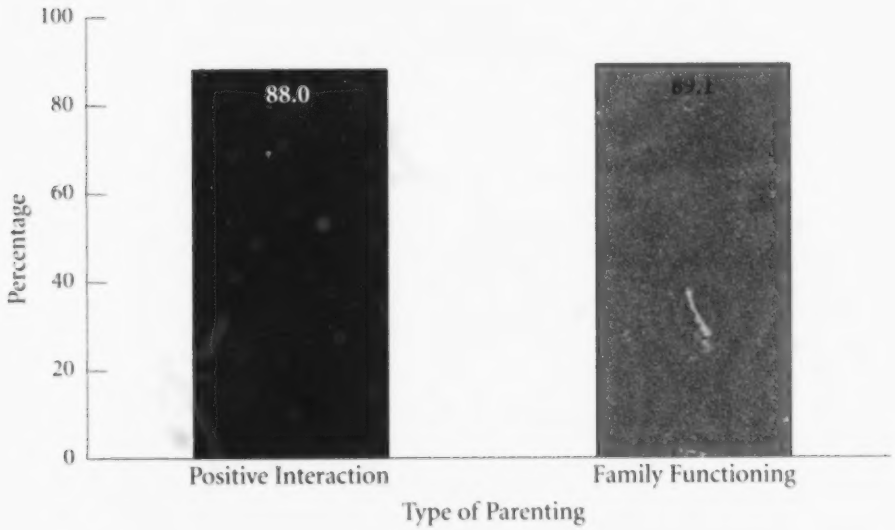
[45] Somers, M-A and Willms, J.D. (2002) "Maternal Depression and Childhood Vulnerability" (pp. 211-228) in J. Douglas Willms (ed.) *Vulnerable Children*. Edmonton: University of Alberta Press and Human Resources Development Canada.

What Do We Know About Parenting in Canada?

Parenting Style

Parenting style is one of the primary factors affecting children's outcomes. Two key measures of parenting style are positive interaction and family functioning.[46]

Figure 19: Percentage of Parents of Young Children Displaying Positive Parenting Styles, Canada, 1998-1999



Source: National Longitudinal Survey of Children and Youth, Cycle 3 (1998-1999)

In 1998-1999, 88% of parents indicated that they had positive interaction within the family. Parents who have a high level of positive interaction with their child(ren) tend to praise the child, play games with the child and laugh together.

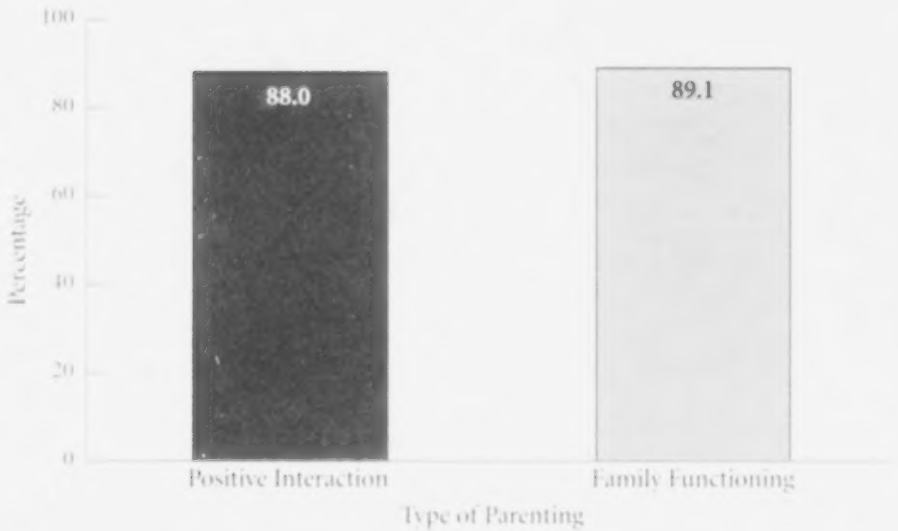
[46] The parenting scales in the NLSCY measure certain parental behaviours. The questions assessing parenting styles were administered to the PMK about the child or spouse/partner of the PMK. Positive interaction is one of the styles being measured. The family functioning scale provides a global assessment of family functioning (including problem solving, communication, roles, affective involvement, affective responsiveness and behaviour control) and indicates the quality of relationships between family members. This scale is administered to either the PMK about the child or the spouse/partner. The scale does not reflect a clinical diagnosis.

What Do We Know About Parenting in Canada?

Parenting Style

Parenting style is one of the primary factors affecting children's outcomes. Two key measures of parenting style are positive interaction and family functioning.[16]

Figure 19: Percentage of Parents of Young Children Displaying Positive Parenting Styles, Canada, 1998-1999



Source: National Longitudinal Survey of Children and Youth, Cycle 3 (1998-1999)

In 1998-1999, 88% of parents indicated that they had positive interaction within the family. Parents who have a high level of positive interaction with their child(ren) tend to praise the child, play games with the child and laugh together.

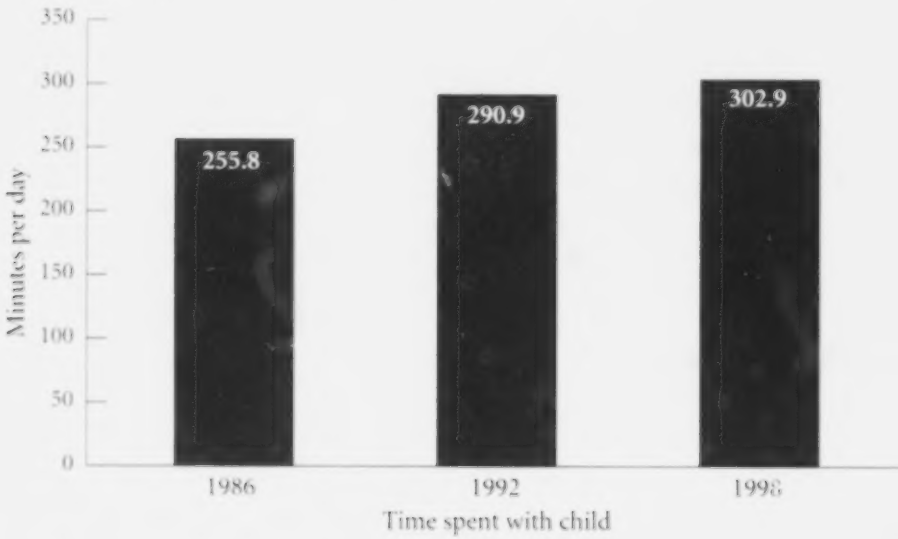
[16] The parenting scales in the NLSCY measure certain parental behaviours. The questions assessing parenting styles were administered to the PMK about the child or spouse/partner of the PMK. Positive interaction is one of the styles being measured. The family functioning scale provides a global assessment of family functioning (including problem solving, communication, roles, affective involvement, affective responsiveness and behaviour control) and indicates the quality of relationships between family members. This scale is administered to either the PMK about the child or the spouse/partner. The scale does not reflect a clinical diagnosis.

Family functioning refers "...to the way in which families work together on tasks that are necessary for the family unit to survive."[47] A family that has a high level of functioning tends to participate in such activities as problem solving, communication and offering support to each other. In 1998-1999, 89.1% of families indicated positive functioning among family members.

Spending Time with Children

Canadian researchers have recently studied the time crunch being felt by parents as they try to balance work and family. The findings indicate that the amount of time parents working outside the home spend with their young children has been steadily increasing in recent years.[48] The research also suggests that the largest increase in time spent with children was seen in parents with at least one child less than 6 years of age. Despite the increase in time pressure arising from balancing work and family when both parents are working outside the home, parents are still finding time for their young children.[49]

Figure 20: Time Spent with Children from Birth to 5 Years of Age by an Employed, Married Parent, Canada, 1986, 1992 and 1998



Source: Adapted from Jiri Zuzanek, "Parenting Time: Enough or Too Little?" in *Isuma – Canadian Journal of Policy Research.* Summer 2001, pp. 129. Data originate from the General Social Survey, Statistics Canada.

[47] Racine, Y. and Boyle, M.H. (2002) "Family Functioning and Children's Behaviour Problems" (pp. 199–209) in J. Douglas Willms (ed.) *Vulnerable Children*. Edmonton: University of Alberta Press and Human Resources Development Canada.

[48] Time spent with children refers to the amount of time spent with the child by one or both parents and includes caring for the child.

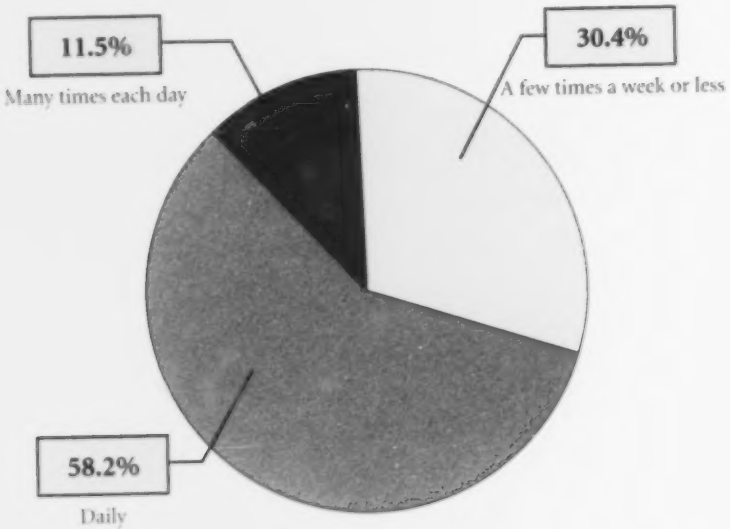
[49] Zuzanek, J. (Summer 2001). "Parenting Time: Enough or Too Little?" in *Isuma - Canadian Journal of Policy Research.* Volume 2 No. 2.

Many parents make use of non-parental child care arrangements when their children are young. In 1998-1999, 45.9% of parents who had children up to 5 years of age used care in a home setting by a non-relative as their primary child care arrangement. Another 31.5% of parents made use of care in a home setting by a relative (other than the parent) for those times when they could not be with their child(ren). The remaining 22.7% used services such as daycare centres, before and after school programs and nursery school.[50]

Reading to a Child

For many children, the bedtime story is part of a nightly ritual. Reading exposes children to language and vocabulary as well as giving them contact with an adult. "Reading to a child has a particularly strong positive effect on both behaviour and preschool vocabulary skills."[51]

Figure 21: Frequency That Young Canadian Children Are Read To, Canada, 1998-1999



Source: National Longitudinal Survey of Children and Youth, Cycle 3 (1998-1999)

In 1998-1999, almost 70% of all children from birth to 5 years of age were read to at least once per day by the child's parent or another adult (i.e. daycare worker, other relative).

[50] National Longitudinal Survey of Children and Youth, Cycle 3 (1998-1999).

[51] Cook, C. and Willms, J.D. (2002) "Balancing Work and Family Life" in J.D. Willms (ed). *Vulnerable Children*. Edmonton: University of Alberta Press and Human Resources Development Canada.

Highlights

Parents play an important role in the lives of their children. The profile of the Canadian family presented reveals that:

- 85.9% of young children live in two-parent families.
- The number of lone-parent families increased from 9.4% to 13% between 1971 and 1991.
- Almost five times as many children experience parental separation before their sixth birthday as did their counterparts in the 1960s.
- Over 25% of young children are "only" children.
- Mothers are having children later in life.
- Most parents with young children feel a sense of satisfaction, safety and cohesion with the neighbourhood in which they live.
- Almost half of parents have postsecondary education.
- More mothers with young children are working outside the home.
- 19.4% of mothers smoked while pregnant and 14.5% consumed alcohol while pregnant.
- 84.4% of all families with young children are living above the post-tax low-income cut-off.
- 88.8% of parents do not report having signs of depression.
- Most young children benefit from positive parenting and family interaction.
- The amount of time parents working outside the home spend with their young children has been increasing.
- 69% of children are read to daily or several times per day.

Chapter 4: Young Aboriginal Children in Canada – An Overview[52]

Aboriginal[53] children represent a precious resource through which Aboriginal communities and cultures can be sustained into the future. Yet relatively little is known about the health and development of young Aboriginal children in Canada. In particular, comprehensive national data concerning Aboriginal children are not readily available, especially for young children. For example, the National Longitudinal Survey of Children and Youth (NLSCY), which is the key source for much of the data presented in this report, does not include a representative sample of Aboriginal children. This chapter outlines what is known about the circumstances of young Aboriginal children using the most recent data available. It also identifies gaps in the understanding of the well-being of these children.

Potential Data Sources for Information on Young Aboriginal Children

The Census of Canada is the primary source of information for the Aboriginal population, providing basic demographic data such as age, gender, language knowledge and mobility. The census also provides information on the characteristics of the households and families within which Aboriginal children live.

The Aboriginal Peoples Survey (APS), conducted in 1991, provides limited information concerning Aboriginal children's use or knowledge of Aboriginal languages as well as their health status. A second APS was conducted in 2001. Those individuals reporting Aboriginal identity, Aboriginal ancestry, Registered or treaty Indian status or Band membership on the 2001 Census formed the basis for the sample. The Survey includes a children and youth questionnaire, which collects information on such issues as general health, health care utilization, social activities and relationships, and child care arrangements. It is hoped that this survey will yield some valuable information on the health and development of young Aboriginal children. Data will become available beginning late in 2003.

Health and developmental information was collected as part of the First Nations and Inuit Regional Health Survey, which was conducted on reserves across Canada in 1997. Although this survey provides some health and developmental indicators for children, it is not overly detailed and covers only part of the Aboriginal identity population (those living on reserve).

Data concerning registered Indians are also maintained by Indian and Northern Affairs Canada, covering topics such as age and gender, education, access to social services, and others. This information is mostly concerned with registered Indians living on reserve, and little information is available regarding young Aboriginal children.

[52] Acknowledgement for the development of this chapter is extended to Jeremy Hull of Prologica Research.

[53] Using census data there are two broad ways of defining the Aboriginal population - those with Aboriginal ancestry and those with Aboriginal identity. In 1996, there were 1.1 million people in Canada with Aboriginal ancestry, compared to 800,000 identifying themselves as Aboriginal. In this chapter "Aboriginal" refers to the population defined by Aboriginal identity except where otherwise noted.

In addition, the census distinguishes among major social groups such as North American Indian, Métis and Inuit, and allows for the identification of specific ancestry groups such as Cree, Haida, Iroquois and many others.

While recognizing that the Aboriginal population is not a homogenous group, for the purposes of this chapter the data presented are generalized to the entire Aboriginal population, in particular to address the challenges associated with small sample sizes.

The Aboriginal population has a high proportion of young children

In 1996, there were 117,355 children between birth and age 5 for whom Aboriginal identity was reported. This represented about 15% of the total population with Aboriginal ancestry. Of these children, 32% (37,365) lived on reserve and 68% (79,990) lived off reserve. Of those living off reserve, 33,620 lived in rural areas, 15,965 lived in smaller cities (10,000 to 100,000 population) and 30,405 lived in large cities.

In the past, the Aboriginal population has grown rapidly, but this growth is expected to slow down during the period between 2001 and 2016. Between 1991 and 1996, the number of Aboriginal children from birth to 4 years of age grew by more than 10,000, or about 12%.[54] However, the Aboriginal population within this age group is expected to be smaller in 2016 than it was in 1991.[55] The birth rate among the Aboriginal population remains relatively high. For example, among the registered Indian[56] population, the birth rate was estimated at 28 per 1,000 in 1993 compared to 15 per 1,000 among the general population in 1993.[57]

Young Aboriginal children often live in lone-parent families

In 1996, about 28% of Aboriginal children from birth to age 5 lived in lone-parent families. On reserves and in rural areas, the proportion of Aboriginal children living in lone-parent households was smaller, while in cities the proportion exceeded 40%.

Young Aboriginal children have a variety of living arrangements

In 1996, approximately 12% of Aboriginal children from birth to age 5 were not living with their parents. Most of these children were living with other relatives.[58]

---

[54] Calculated from Statistics Canada, Age and Sex (Aboriginal Data 1991), Ottawa, 1993 and Statistics Canada Nation Series, 1996 Census, Table 25-003.

[55] Norris, M.J., Kerr, D. and Nault, F. (September 1996). *Royal Commission on Aboriginal Peoples, Projections of the Population with Aboriginal Identity, Canada, 1991–2016; Summary Report.* Ottawa: Canada Mortgage and Housing Corporation.

[56] The registered Indian population is made up of those who are eligible for registration under the *Indian Act*.

[57] Indian and Northern Affairs Canada (December 2001), *Aboriginal Women: A Profile from the 1996 Census.* Ottawa: Government of Canada.

[58] See Statistics Canada, *Nation Series*, 1996 Census, "Aboriginal Population in Private Households by Age and Sex, Showing Census Family Status for Canada, the Provinces, Territories and Census Metropolitan Areas, 1996 Census." (Table 25-003) This table shows that 9,875 of 12,615 children from birth to 4 years of age who were not in Census Families were living with relatives.

The majority of young Aboriginal children live in low-income families

In 1996, 58% of Aboriginal children from birth to age 5 were living in low-income families (based on the pre-tax low-income cut-off). The average income of Aboriginal lone-parent families is especially low. In 1995, Aboriginal female lone-parent families with children had an average annual income of about $16,000. Seventy percent of Aboriginal lone mothers identified government transfer payments as their major source of income.[59]

Young Aboriginal children experience high rates of mortality, injury and disability

In 1999, the infant mortality rate for First Nations populations was 1.5 times higher than that of other children in Canada.[60] In addition, the rate of deaths from injuries is 3 to 4 times higher for Aboriginal children than for other children in Canada.[61] Persistent high levels of Sudden Infant Death Syndrome have also been documented among Aboriginal children.[62]

The rate of severe disabilities among Aboriginal children living on reserves is much higher than for those living off reserve and more than twice as high as the rate for non-Aboriginal children.[63] Aboriginal children also have high rates of allergies, bronchitis and asthma.[64]

More than half of registered Indian children living on reserves are breastfed

Based on the 1997 Regional First Nations and Inuit Health Survey, 54% of Aboriginal children less than 1 year of age had been or were being breastfed. More than half of these children were breastfed for more than 7 months.[65]

---

[59] Hull, Jeremy (June 7, 2001) *Aboriginal Single Mothers in Canada, 1996.* Ottawa: Indian and Northern Affairs Canada, Research and Analysis Directorate.

[60] Government of Canada (2002) *Healthy Canadians – A Federal Report on Comparable Health Indicators 2002.* Ottawa: Health Canada.

[61] Ibid.

[62] Canadian Institute of Child Health. (2000). *The Health of Canada's Children - Third Edition.* Ottawa: Canadian Institute of Child Health.

[63] Ibid.

[64] MacMillan, H. et al. "Chapter 1 - Children's Health." *First Nations and Inuit Regional Health Survey: National Report.* Ottawa: Health Canada.

[65] Ibid.

Young Aboriginal children are affected by substance use

While there is a lack of comparable data on the use of alcohol and tobacco by mothers of young Aboriginal children compared to mothers of non-Aboriginal children, anecdotal evidence suggests that this is an issue for this group of children. In particular, use of alcohol by pregnant mothers is believed to pose a significant challenge in some Aboriginal communities. Based on scattered local and regional surveys, the incidence of fetal alcohol syndrome and effects (FAS/FAE) is believed to be much higher among Aboriginal children than among non-Aboriginal children, although no definitive statistics are available.[66]

[66] Canadian Institute of Child Health (2000). *The Health of Canada's Children - Third Edition*. Ottawa: Canadian Institute of Child Health.

Highlights

This chapter provides a brief sketch of children from birth to 5 years of age with Aboriginal identity:

- The number of young Aboriginal children in Canada has been increasing but is expected to stabilize at its present level of about 120,000.
- 68% of young Aboriginal children live off reserve.
- 28% of young Aboriginal children live in lone-parent families.
- 12% of young Aboriginal children live with relatives other than their parents.
- 58% of young Aboriginal children live in low-income families.
- The infant mortality rate for the Aboriginal population is 1.5 times higher than the non-Aboriginal population.
- Aboriginal children experience high rates of some types of health problems, including injuries, disabilities and respiratory problems.
- Over 50% of young Aboriginal children had been previously or were being breastfed.

Chapter 5: Young Children with Disabilities in Canada - An Overview[67]

Children with disabilities represent an important segment of the young Canadian population. An understanding of who these children are would help to ensure that they receive the support necessary to reach their potential. However, relatively little is known about the health and development of young children with disabilities. This can be partially attributed to the difficulties associated with defining "disability." The Health and Activity Limitation Survey (HALS) for Children (1991) identified children with disabilities based upon the presence of chronic conditions[68]; use of technical aids (such as crutches, hearing aids or braces - excluding braces for teeth); long-term health problems that prevent or limit many activities considered typical for a child that age (such as participation in school, at play or in any other activity); enrolment in special education schools, in special classes or an individualized program; difficulty seeing, hearing or speaking; long-term emotional, psychological, nervous or mental health problems; or any other long-term health problem lasting six months or more.[69] This chapter outlines what is known about the circumstances of young children with disabilities using the most recent data available. It also identifies gaps in the information needed to provide a better understanding of these children.

Potential Data Sources for Information on Children with Disabilities

The 1991 Health and Activities Limitation Survey (HALS) is the primary source of information for children with disabilities. This survey provides basic demographic information such as age and gender as well as information on the nature and severity of the disability and barriers encountered in aspects of daily activities.

In 2001, HALS was replaced with the Participation and Activity Limitation Survey, which will provide information on disability type and severity for persons with disabilities, including young children. It will also provide information on a variety of areas including education, recreation and parents' labour force participation. Also important will be data on disability-related expenditures, how families fund such expenditures, and what supports and services are required (as well as the unmet need for supports and services). Data are expected to be released beginning in 2003.

The National Longitudinal Survey on Children and Youth (NLSCY), which is the key source for much of the data presented in this report, only provides limited information on children with disabilities as the sample size is small. Over time, the NLSCY might be particularly useful in helping understand more about detecting disability in children of various ages and the factors that are important in determining the outcomes for these children. The longitudinal nature of this survey can permit an examination of a variety of trajectories followed by children with disabilities. It can also be instrumental in future tracking of young children into adulthood to determine the link between some early chronic conditions and the development of activity limitations (and what variables might intervene in this process).

[67] Acknowledgement for the development of this chapter is extended to Kate Rexe, Gail Fawcett and Paul Roberts of the Canadian Council on Social Development.

[68] Chronic conditions include lung conditions or diseases other than allergies, asthma or bronchitis; heart disease or kidney conditions or diseases; cancer; diabetes; epilepsy; cerebral palsy; spina bifida; cystic fibrosis; muscular dystrophy; paralysis; arthritis or rheumatism; behavioural or emotional conditions; mental handicaps; learning disabilities; missing or malformed limbs; high blood pressure and others.

[69] Oderkirk, J. (Winter 1993) "Disabilities Among Children" in *Canadian Social Trends*, No. 31. Ottawa: Statistics Canada.

Young children have a low rate of disability

The rate of disability among young children in Canada is lower than it is among adults. This is partly because some disabilities in children have not yet been detected and also because the majority of disabilities are acquired after childhood. In 1986, 3.4% of Canadian children from birth to 4 years of age had a disability; by 1991, however, this had risen to 4.5% (5% for boys and 4% for girls)[70] representing 85,070 children.[71,72] The reasons behind this increase are not well understood. It might be a result, in part, of a true increase in the incidence of certain types of disabilities or chronic illnesses; however, it might also be a result of earlier diagnosis and recognition of certain problems.

Most disabilities in young children are mild

The vast majority of disabilities among children are considered "mild" in nature.[73] According to the 1991 HALS, 89% of all children from birth to 4 years of age with disabilities had a mild disability (representing 75,710 preschoolers with disabilities).[74] It is estimated that less than 1% of all children with disabilities live in institutions.[75]

Among very young children, chronic conditions are the most prevalent type of disability. In 1986, 90.6% of children from birth to 4 years of age with a disability had some form of chronic health problem, as opposed to a disability based primarily on activity limitation; the single largest group was those affected by heart disease - 15.4% of young children with disabilities.[76]

One in five young children with disabilities lives in a lone-parent family

A fairly high proportion of children with disabilities live in lone-parent families; among children from birth to 5 years of age with an activity limitation, 20.5% lived in lone-parent families in 1994.[77]

---

[70] Ibid.

[71] Canadian Institute of Child Health (1994) *The Health of Canada's Children: A CICH Profile - 2nd Edition*. Ottawa: Candian Institute of Child Health.

[72] Census data from 1986, 1991 and 1996 for all Canadian children under 15 indicate a slow, but steady, increase in the disability rate over time for this population.

[73] Severity of disability in children is based upon the number of limitations or chronic conditions reported. When only one or two limitations or chronic conditions are reported, the disability is considered mild.

[74] Oderkirk, J. (Winter 1993) "Disabilities Among Children" in *Canadian Social Trends*, No. 31. Ottawa: Statistics Canada.

[75] Ibid.

[76] Avard, D. (1994) *Children and Youth with Disabilities in Canada: The 1986 Health and Activity Limitation Survey*. Ottawa: Canadian Institute of Child Health.

[77] NLSCY (1994) (Public-use Microdata file).

Less than half of pre-schoolers with disabilities in two-parent families have both parents in the paid labour force

Among young children with disabilities in two-parent families, 47.2% had both parents in the labour force,[78] a significantly lower percentage than for children without disabilities.

Almost one quarter of children with disabilities live in low-income families

Data from the NLSCY (1998-1999) indicate that 24.8% of children from birth to 5 years of age with special needs (including children with chronic conditions and/or activity limitations) lived in families with incomes below the low-income cut-off (using pre-tax LICO).[79]

Balancing work, family and child care can lead to high levels of parental stress among parents of children with disabilities

Children with disabilities may rely on parents to take on multiple roles of therapist, teacher, playmate and advocate, in addition to providing physical care.[80] Survey research suggests that 93% of families with children with special needs[81] reported feeling moderate to high levels of tension as a result of balancing work, family and child care responsibilities.[82]

---

[78] NLSCY (1996) (Public-use Microdata file).

[79] National Longitudinal Survey of Children and Youth, Cycle 3 (1998-1999).

[80] *Voices for Children Home Page, 2002.* http://www.voicesforchildren.ca (September 6, 2002).

[81] *Special needs* refers to "disabilities, delays or health disorders that significantly increase the difficulty of obtaining and keeping adequate child care and/or child care-related services." (According to S. Irwin and D. Lero in their book *In Our Way: Child Care Barriers to Full Workforce Participation Experienced by Parents of Children with Special Needs - and Potential Remedies.* pp. vi.)

[82] Canadian Institute of Child Health (2000) *The Health of Canada's Children: A CICH Profile - Third Edition.* Ottawa: Canadian Institute of Child Health.

Highlights

This chapter provides a brief sketch of young children with disabilities living in Canada:

- In 1991, there were some 85,070 children from birth to age 4 with a disability in Canada, representing 4.5% of young Canadian children.
- 9 in 10 young children with disabilities had a "mild" disability.
- Among young children with disabilities, heart disease is the most prevalent underlying condition (15.4% of young children with disabilities).
- In 1994, 20.5% of young children with disabilities lived in lone-parent families.
- Less than half of young children with disabilities had both parents in the labour force.
- In 1998, 24.8% of young children with disabilities lived in families with incomes below the low-income cut-off (using pre-tax LICO).

Chapter 6: Summary of Data Presented

The following table provides a summary of the indicators of well-being for young children from birth to age 5 as well as the family- and community-related measures presented in this report. Those indicators denoted with an asterisk (*) are part of the common set of indicators of young children's well-being that all governments participating in the Early Childhood Development Agreement have agreed to report on.

Indicators of Child Well-Being

Name	Indicator (1998-1999 unless otherwise indicated)
Healthy Birthweight*	81.3% of young children (1999)
Pre-term Birth Rate	92.7% of children born at 37 weeks of gestation or later (1999)
Incidence of Haemophilus Influenzae-b*	14 cases among young children (1999)
Incidence of Meningococcal Group C Disease*	10 cases among young children (1999)
Incidence of Measles*	11 cases among young children (1999)
Infant Mortality Rate*	5.3 deaths per 1,000 live births (1999)
Breastfeeding	79.9% of children were breastfed
Prevalence of Diagnosed Asthma	9.9% of young children diagnosed
Injury Hospitalization: (1999)	
Falls	4,246 cases
Motor Vehicle Traffic Crashes	612 cases
Other-Unintentional	5,128 cases
Assault	313 cases
Self-Inflicted	60 cases
Other	63 cases
Injury Mortality Rate	9.6% of all deaths among young children were the result of an injury (1999)
Motor and Social Development (MSD)*	89% of children displayed average to advanced levels
Emotional Problem-Anxiety*	86.2% of children did not display associated behaviours
Hyperactivity-Inattention*	87.8% of children did not display associated behaviours
Physical Aggression-Conduct Problem*	86.5% of children did not display associated behaviours
Low Prosocial Behaviour*	89.9% of children did not display associated behaviours
Language Skills*	84.1% of children displayed average to advanced verbal development

Family - and Community - Related Measures	
Name	**Measure (1998/1999)**
Parental Education	45.4% of mothers and 48.7% of fathers of young children had obtained postsecondary education
Level of Income	84.4% of all families with young children are living above the post-tax low-income cut-off
Parental Depression	88.8% of parents did not display signs of depression
Tobacco Use During Pregnancy	19.4% of mothers smoked during pregnancy
Alcohol Use During Pregnancy	14.5% of mothers consumed alcohol during pregnancy
Parental Smoking	72.6% of the person most knowledgeable about the child and 70.4% of their spouses did not smoke at all
Family Functioning	89.1% of parents indicated positive functioning among family members
Positive Parenting	88% of parents indicated positive interaction within the family
Reading by Adult	69.7% of children are read to daily or several times per day
Neighbourhood Cohesion	84.9% of parents indicated a sense of cohesion with the neighbourhood
Families with Children Living in Core Housing Need	36% of children living in rental households and 7% of children living in owner households were living in core housing need (1996)

Future Government of Canada reports will monitor trends in the indicators presented above. As data become available, additional indicators that further enhance the understanding of young children's well-being may be included in future reports.

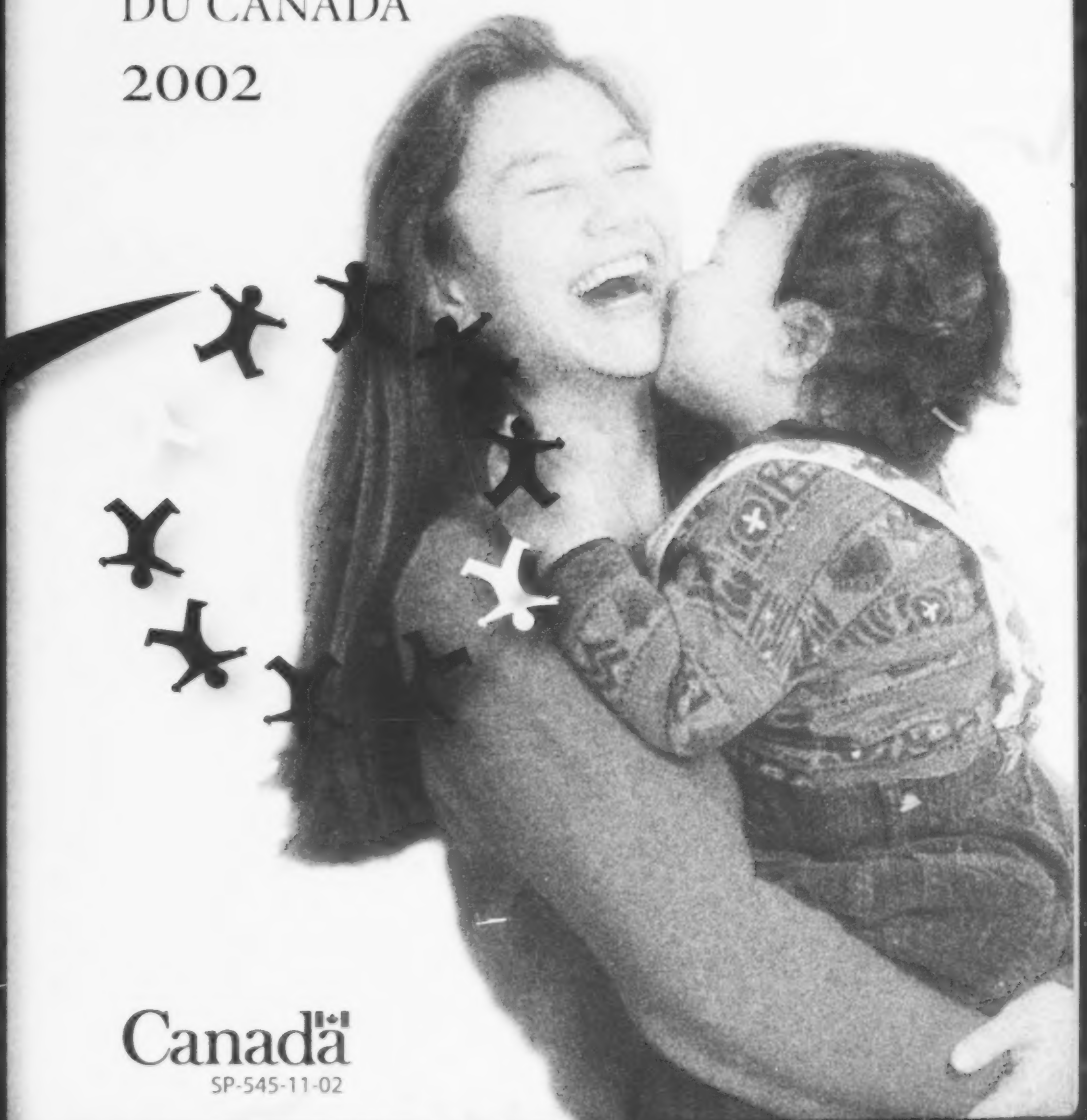
Annex A – Acronyms Used in the Report

APS	Aboriginal Peoples Survey
CHIRPP	Canadian Hospitals Injury Reporting and Prevention Program
ETS	Environmental Tobacco Smoke
HALS	Health and Activity Limitation Survey
Hib	Haemophilus influenzae-b
LICO	Low-Income Cut-Off
MSD	Motor and Social Development
NACI	National Advisory Committee on Immunization
NCA	National Children's Agenda
NLSCY	National Longitudinal Survey of Children and Youth
OECD	Organisation for Economic Co-Operation and Development
PALS	Participation and Activity Limitation Survey
PMK	Person Most Knowledgeable about the child
PPVT-R	Peabody Picture and Vocabulary Test – Revised
UEY	Understanding the Early Years

ENTENTE FÉDÉRALE-PROVINCIALE-TERRITORIALE
SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE

LE BIEN-ÊTRE DES JEUNES ENFANTS AU CANADA :

RAPPORT DU GOUVERNEMENT DU CANADA 2002



Canada

SP-545-11-02

ENTENTE FÉDÉRALE-PROVINCIALE-TERRITORIALE
SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE

LE BIEN-ÊTRE DES JEUNES ENFANTS AU CANADA :

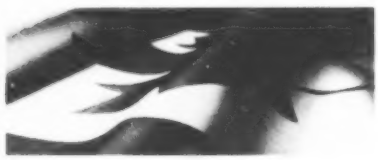
RAPPORT DU GOUVERNEMENT DU CANADA

2002

Il est interdit de reproduire ce document à des fins commerciales, mais sa reproduction à d'autres fins est encouragée, à condition que la source soit citée.

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

Pour obtenir des copies supplémentaires, veuillez communiquer avec :



1 800 O-Canada (1 800 622-6232)
ATS : 1 800 465-7735
canada.gc.ca
Centres d'accès Service Canada

Ce document est également offert à l'internet à l'addresse suivante:
www.unionsociale.gc.ca

Ce rapport est co-publié par Développement des ressources humaines Canada et Santé Canada.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada 2002

N° de cat. : RH64-20/2002

ISBN : 0-662-66912-6

TABLE DES MATIÈRES

Préface 1

Chapitre 1 : Introduction 3

Contexte 3

Entente sur le développement de la petite enfance 3

Rapports sur les résultats pour les enfants 4

Cadre de surveillance du bien-être de l'enfant 4

Qu'est-ce que le « bien-être de l'enfant »? 4

Influences du milieu sur le bien-être de l'enfant 5

Comment les gouvernements font-ils des rapports sur le développement de la petite enfance? 5

Forme du rapport 6

Sources de données 7

Chapitre 2 : Portrait des jeunes enfants au Canada 9

Aperçu des jeunes enfants au Canada 9

Proportion de jeunes enfants 9

Répartition dans les régions urbaines et rurales 10

Les jeunes enfants sont-ils en santé? 11

Poids-santé à la naissance 11

Naissances prématurées 13

Immunisation 14

Mortalité infantile 16

Allaitement au sein 17

Asthme 18

Les jeunes enfants sont-ils en sécurité? 19

Hospitalisations à la suite de blessures 19

Décès à la suite de blessures 20

Comment les jeunes enfants canadiens se développent-ils? 21

Développement moteur et social 22

Troubles du comportement 24

Vocabulaire compris 25

Faits saillants 26

Chapitre 3 : Portrait des familles canadiennes 27

Dans quels genres de famille les jeunes enfants canadiens vivent-ils? 28

Dans quels genres de logement et de collectivité ces familles vivent-elles? 29

Qui sont les parents des jeunes enfants canadiens? 30

Niveau de scolarité 30

Travail à l'extérieur du foyer 31

Risques pour la santé 32

Quels sont les défis que doivent relever les parents de jeunes enfants? (faible revenu; dépression des parents) 33

Que savons-nous du rôle parental au Canada? 35

Pratiques parentales 35

Temps consacré aux enfants 36

Lecture aux enfants 37

Faits saillants 38

Chapitre 4 : Jeunes enfants autochtones au Canada - Aperçu 39

Chapitre 5 : Jeunes enfants ayant une incapacité au Canada - Aperçu 45

Chapitre 6 : Sommaire des données 49

Annexe A : Sigles employés dans le rapport 51

LISTE DES FIGURES ET TABLEAU

Figures:

Figure 1 : Proportion d'enfants âgés de cinq ans et moins, Canada, 1er juillet 1999 9

Figure 2 : Répartition des enfants selon le lieu de résidence, Canada, 1998-1999 10

Figure 3 : Répartition des jeunes enfants selon le poids à la naissance, Canada, 1999 11

Figure 4 : Pourcentage d'enfants ayant un faible poids à la naissance, divers pays de l'OCDE, 1999 12

Figure 5 : Taux de naissances prématurées, Canada, 1999 13

Figure 6 : Nombre de cas de certaines maladies pouvant être prévenues par un vaccin, Canada, 1999 14

Figure 7 : Taux de couverture vaccinale antirougeoleuse, enfants de moins d'un an, divers pays de l'OCDE, 1997 15

Figure 8 : Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes), divers pays de l'OCDE, 1999 16

Figure 9 : Pourcentage d'enfants âgés de trois ans et moins allaités au sein, Canada, 1998-1999 17

Figure 10 : Prévalence des cas d'asthme diagnostiqués chez les jeunes enfants, Canada, 1998-1999 18

Figure 11 : Hospitalisations à la suite de blessures, enfants âgés de cinq ans et moins, Canada, exercice financier 1999-2000 19

Figure 12 : Répartition des enfants âgés de trois ans et moins selon le score obtenu sur l'échelle de développement moteur et social, Canada, 1998-1999 22

Figure 13 : Pourcentage des jeunes enfants manifestant des signes de troubles du comportement, Canada, 1998-1999 24

Figure 14 : Répartition des enfants de quatre et cinq ans selon le score obtenu au test EVIP-R, Canada, 1998-1999 25

Figure 15 : Répartition des jeunes enfants au Canada selon le genre de famille, 1998-1999 28

Figure 16 : Plus haut niveau de scolarité atteint par les parents de jeunes enfants, Canada, 1998-1999 30

Figure 17 : Tendances relatives aux familles à deux soutiens et à un soutien ayant de jeunes enfants, Canada, 1976 à 2001 31

Figure 18 : Consommation de tabac et d'alcool durant la grossesse, Canada, 1998-1999 32

Figure 19 : Pourcentage des parents de jeunes enfants démontrant des pratiques parentales positives, Canada, 1998-1999 35

Figure 20 : Temps consacré aux enfants âgés de cinq ans et moins par un parent marié exerçant une activité professionnelle, Canada, 1986, 1992 et 1998 36

Figure 21 : Fréquence de la lecture aux jeunes enfants canadiens, Canada, 1998-1999 37

Tableau :

Tableau 1 : Pourcentage des familles ayant de jeunes enfants et vivant sous le seuil de faible revenu selon le genre de famille, 1999 33

Préface

En septembre 2000, le gouvernement du Canada et les gouvernements provinciaux et territoriaux[1] ont conclu une entente historique visant à améliorer et à étendre les services et les programmes conçus à l'intention des enfants de moins de six ans et de leur famille. Dans le cadre de l'Entente fédérale-provinciale-territoriale sur le développement de la petite enfance, les premiers ministres du Canada ont pris l'engagement d'aider les jeunes enfants à réaliser leur plein potentiel et d'aider les familles et les collectivités à soutenir leurs enfants.

En vertu de l'Entente, les gouvernements se sont engagés à rendre compte périodiquement aux Canadiens des indicateurs du bien-être des jeunes enfants. Les gouvernements ont défini un ensemble commun de 11 indicateurs du bien-être qui fournira des renseignements précieux sur la santé physique et le développement des jeunes enfants au Canada.

Par le présent document, le gouvernement du Canada tient l'engagement qu'il a pris de rendre des comptes sur le bien-être des jeunes enfants du Canada.

Le présent rapport prend appui sur l'ensemble commun de 11 indicateurs pour dresser un portrait des enfants âgés de cinq ans et moins au Canada et fournir des données sur la santé physique, sur la sécurité et la protection ainsi que sur le développement de la petite enfance. Le rapport présente en outre un aperçu des familles au sein desquelles grandissent les jeunes enfants canadiens. Les données figurant dans le rapport se rapportent à 1998-1999 et constituent un point de référence qui permettra de suivre l'évolution des indicateurs à l'avenir.

Le gouvernement du Canada s'emploiera à améliorer la qualité des rapports au fil des ans.

Dans le cadre de l'Entente sur le développement de la petite enfance, les gouvernements se sont également engagés à publier, chaque année, des rapports sur les progrès réalisés au chapitre de l'amélioration des programmes et des services de développement de la petite enfance.

Le document intitulé *Activités et dépenses relatives au développement de la petite enfance : Rapport 2001-2002 du gouvernement du Canada* offre au lecteur qui désire obtenir des renseignements complémentaires de l'information sur les progrès réalisés par le gouvernement du Canada au chapitre de l'amélioration des programmes et des services de développement de la petite enfance depuis la mise en œuvre de l'Entente.

[1] Le gouvernement du Québec partage les préoccupations des autres provinces et territoires au sujet du développement de la petite enfance, mais il ne participe pas à l'Entente fédérale-provinciale-territoriale sur le développement de la petite enfance. Le gouvernement du Québec reçoit, dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), sa part du financement offert par le gouvernement du Canada pour les programmes et les services de développement de la petite enfance.

Chapitre 1 : Introduction

Contexte

Entente sur le développement de la petite enfance

En septembre 2000, le gouvernement du Canada et les gouvernements provinciaux et territoriaux (à l'exception du gouvernement du Québec) ont conclu une entente historique visant à améliorer et à étendre les services et les programmes conçus à l'intention des enfants de moins de six ans et de leur famille. L'Entente sur le développement de la petite enfance est un engagement à long terme d'aider les jeunes enfants à réaliser leur plein potentiel et d'aider les familles à soutenir leurs enfants.

En vertu de l'Entente, les gouvernements se sont engagés à tenir le public au courant des progrès réalisés dans le domaine du développement de la petite enfance. Plus précisément, les premiers ministres se sont engagés à produire des rapports sur les investissements au chapitre des programmes et des services de développement de la petite enfance ainsi que sur les résultats pour les enfants.

À compter de l'automne 2002, chacun des gouvernements participants élaborera un rapport annuel faisant état de ses progrès relativement à l'amélioration des programmes et des services de développement de la petite enfance en vertu de l'Entente. Le gouvernement du Canada a récemment rempli cet engagement en publiant le rapport intitulé *Activités et dépenses relatives au développement de la petite enfance : Rapport 2001-2002 du gouvernement du Canada* (on peut obtenir ce rapport sur Internet à www.unionsociale.gc.ca, par téléphone au 1 800 O-Canada (1 800 622-6232) ou par ATS au 1 800 465-7735).

Toujours à l'automne 2002, les gouvernements participants commenceront à publier des rapports périodiques sur le bien-être de l'enfant. Ces rapports contribueront à sensibiliser le public au sort des jeunes enfants au Canada et témoigneront de l'engagement des gouvernements quant à l'atteinte des objectifs de l'Entente sur le développement de la petite enfance. Par le présent rapport, le gouvernement du Canada amorce la démarche de reddition de comptes à laquelle il s'est engagé.

Plan d'action national pour les enfants - Une vision commune pour les enfants du Canada

En 1999, le gouvernement du Canada, de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, a commencé à travailler au Plan d'action national pour les enfants (PANE), qui énonce une vision commune pour les enfants du Canada. Cette vision commune propose que les enfants vivent dans un climat d'amour et s'épanouissent, qu'ils soient valorisés, qu'ils réalisent pleinement leurs capacités physiques, affectives, intellectuelles, spirituelles et créatives particulières, qu'ils soient respectés et protégés et que, à leur tour, ils respectent et protègent les droits d'autrui, qu'ils fassent partie de collectivités qui valorisent la diversité, soutiennent des aptitudes différentes et prônent le partage des ressources et qu'ils contribuent à la vie de ces collectivités.

La vision commune du PANE énonce aussi des valeurs et des objectifs pour les enfants canadiens de même que six domaines stratégiques dans lesquels les gouvernements pourraient intervenir en coopération pour mieux soutenir les enfants. L'amélioration du développement de la petite enfance est l'un des domaines d'intervention retenus par les gouvernements.

Rapports sur les résultats pour les enfants

Au Canada, on reconnait de plus en plus l'importance des premières années de la vie. Les expériences des enfants, de la conception jusqu'à l'âge de cinq ans, constituent le fondement de leur évolution dans tous les aspects de la vie. Il importe donc de surveiller et de suivre l'information sur le bien-être et le développement des enfants au Canada afin de se sensibiliser à leur situation et de mieux la comprendre. Le suivi continu peut donner un « signal d'avertissement » attirant l'attention sur des domaines où les enfants nécessitent davantage d'appui et peut aussi signaler des résultats positifs. De ce fait, le suivi offre un outil solide permettant d'éclairer et d'améliorer l'élaboration des politiques et d'assurer que les mesures prises par les gouvernements et d'autres intervenants sont aussi pertinentes et efficaces que possible.

Cadre de surveillance du bien-être de l'enfant

Qu'est-ce que le « bien-être de l'enfant »?

« Les premières années de la vie sont très importantes pour le développement et le bien-être d'un enfant puisque c'est à ce moment-là que s'acquièrent les capacités et les habiletés d'adaptation qui influeront sur l'apprentissage, le comportement et la santé. »[2] L'une des méthodes les plus répandues de définition du bien-être se fonde sur un cadre comportant cinq éléments : santé physique et développement moteur; santé émotionnelle; connaissances et compétences sociales; apprentissage cognitif; aptitudes langagières.

Cinq éléments du bien-être de l'enfant[3]

Santé physique et développement moteur :
état de santé général de l'enfant, motricité globale et fine.

Santé émotionnelle :
estime de soi de l'enfant, capacité d'adaptation et bien-être affectif général.

Connaissances et compétences sociales :
comportement de l'enfant et capacité de communiquer ses sentiments et ses désirs.

Apprentissage cognitif :
perception, organisation et analyse par l'enfant de l'information émanant de son milieu social et physique.

Aptitudes langagières :
capacité de communiquer de l'enfant, y compris les aptitudes à comprendre et à s'exprimer.

[2] Communiqué des premiers ministres sur le développement de la petite enfance, septembre 2000.

[3] Adaptation de : Doherty, Gillian (mai 1997) *De la conception à six ans : les fondements de la préparation à l'école*, Direction générale de la recherche appliquée, document de recherche no R-97-8E, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada.

Influences du milieu sur le bien-être de l'enfant

Les enfants sont façonnés par le monde qui les entoure, et bon nombre de facteurs influent sur leur développement. Il est généralement admis que « les enfants en bonne santé sont le plus souvent souvent issus de familles en bonne santé, elles-mêmes regroupées dans des collectivités où règne un climat favorable »[4]. La compréhension des principaux facteurs qui influencent le développement de l'enfant peut aider la société à faire les choix qui contribueront à créer un milieu stimulant pour les enfants.

La vision commune du PANE retient cinq influences clés du milieu ayant une incidence sur le développement de l'enfant : l'hérédité biologique, la famille, la garderie et l'école, le milieu physique et communautaire ainsi que la société.

Parmi ces influences, la famille revêt une importance clé. Les parents sont le principal soutien des enfants et jouent un rôle fondamental dans leur développement. Chaque enfant, à la naissance, hérite de ses parents d'un ensemble particulier de caractéristiques susceptibles d'influencer son bien-être dans les cinq domaines décrits. Et c'est au sein de la famille que la majorité des enfants passent leurs années de formation et que se produit une grande partie de leur développement.

Les familles sont façonnées par le milieu physique et communautaire dans lequel elles vivent. Les collectivités offrent l'infrastructure de base de la vie familiale, notamment le logement, l'éducation et l'emploi. Le milieu physique peut avoir une influence considérable sur la santé et le bien-être de l'enfant. Les recherches commencent à démontrer qu'une collectivité qui présente un niveau élevé de cohésion, de stabilité et de soutien social favorise le développement sain de l'enfant.

Comment les gouvernements font-ils des rapports sur le développement de la petite enfance?

Le gouvernement du Canada collabore avec les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi qu'avec les collectivités pour accroître le bien-être de l'enfant. Le PANE, la Prestation nationale pour enfants et l'Entente fédérale-provinciale-territoriale sur le développement de la petite enfance sont autant d'exemples de l'engagement qu'ont pris les gouvernements de travailler ensemble dans divers domaines touchant les enfants. Dans cet esprit, les gouvernements ont reconnu l'importance de suivre le bien-être des jeunes enfants et d'en faire rapport périodiquement de façon à éclairer l'élaboration des politiques, à informer le public et à le sensibiliser à ces enjeux. Dans l'Entente sur le développement de la petite enfance de septembre 2000, les premiers ministres se sont engagés à *« présenter régulièrement au public des rapports sur les indicateurs de résultats sur le bien-être des enfants, en utilisant un ensemble d'indicateurs communs... qui se rattachent aux objectifs établis relativement au développement de la petite enfance »*.

Lors du choix des indicateurs devant faire l'objet des rapports, les gouvernements ont tenté de tenir compte des cinq éléments du bien-être afin de tracer un portrait du bien-être de l'enfant aussi complet que possible. Les gouvernements ont examiné les indicateurs du bien-être de l'enfant reconnus à l'échelle nationale et internationale tout en tenant compte des données disponibles au Canada à l'échelle nationale, provinciale ou territoriale. Ils ont aussi veillé à retenir des indicateurs significatifs aux yeux du public et susceptibles d'accroître les connaissances relatives au bien-être de

[4] Ross, David P., Katherine Scott et Mark A. Kelly (1996) « Aperçu : Les enfants du Canada durant les années 90 » dans *Grandir au Canada - Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada.

l'enfant sans reproduire les rapports présentement réalisés par d'autres (p. ex., des organismes non gouvernementaux et des chercheurs). On a consulté des spécialistes pour s'assurer que les indicateurs retenus sont à la fois significatifs et valables sur le plan méthodologique.

Les gouvernements ont convenu de produire des rapports sur un ensemble commun de 11 indicateurs des résultats pour les enfants. Ils ont également convenu de publier leurs rapports à l'automne 2002. Grâce à ces rapports, les Canadiens pourront mieux comprendre le sort des jeunes enfants au Canada. La publication de ces rapports par tous les gouvernements participants marquera une première : une reddition de comptes, par les gouvernements au public, fondée sur un ensemble d'indicateurs du bien-être de l'enfant adopté d'un commun accord.

Entente sur le développement de la petite enfance - Indicateurs communs du bien-être des jeunes enfants

Santé physique et développement moteur
- Poids-santé de l'enfant à la naissance
- Incidence de méningococcie du groupe C
- Incidence de rougeole
- Incidence d'hemophilus influenzae B (HIB)
- Taux de mortalité infantile
- Développement moteur et social

Santé émotionnelle
- Troubles affectifs - anxiété
- Hyperactivité - déficit de l'attention
- Agressivité physique - troubles comportementaux

Connaissances et compétences sociales
- Comportement prosocial

Apprentissage cognitif et aptitudes langagières
- Langage

Forme du rapport

Le présent rapport du gouvernement du Canada vise à favoriser la compréhension face à la situation des jeunes enfants canadiens et de leur famille. Pour ce faire, le rapport se concentre sur les 11 indicateurs du bien-être des jeunes enfants retenus par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et s'appuie également sur des indicateurs complémentaires de la santé physique des enfants de même que sur des mesures des influences clés qu'exercent la famille et la collectivité sur le bien-être des enfants.

Le deuxième chapitre, « Portrait des jeunes enfants au Canada », présente les indicateurs liés aux cinq dimensions du bien-être de l'enfant : santé physique et développement moteur, santé émotionnelle, connaissances et compétences sociales, apprentissage cognitif et aptitudes langagières. Le chapitre commence par une mise en contexte des jeunes enfants au Canada et présente ensuite des données sur la santé, la sécurité et la protection ainsi que sur le développement de ces enfants.

Le troisième chapitre, « Portrait des familles canadiennes », présente des renseignements clés sur le milieu dans lequel grandissent les jeunes enfants. Plus précisément, on décrit dans ce chapitre les genres de familles au sein desquelles se développent les jeunes enfants, les caractéristiques des parents et l'interaction entre parents et enfants.

À l'heure actuelle, on dispose de peu de données sur les jeunes enfants autochtones. Le quatrième chapitre donne un aperçu de l'information disponible sur ce groupe d'enfants. Il met également en relief les lacunes statistiques et les sources potentielles de données futures. On espère que les

rapports ultérieurs seront en mesure de fournir des renseignements plus complets sur les enfants autochtones.

Dans le même ordre d'idées, il existe peu de données sur les enfants ayant une incapacité. Le cinquième chapitre présente une synthèse des connaissances sur ces enfants. On espère également que, grâce à de nouvelles sources de données, il sera possible de fournir des renseignements plus détaillés sur ceux-ci dans les prochains rapports.

Le chapitre 6 prend la forme d'un tableau synthèse des indicateurs du bien-être des jeunes enfants et des mesures liées à la famille et à la collectivité décrites aux chapitres 2 et 3 du rapport. Les indicateurs portant un astérisque (*) sont au nombre des 11 indicateurs retenus d'un commun accord par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

La liste des sigles employés dans le rapport se trouve à l'annexe A.

Sources de données

Mesurer le bien-être des enfants représente un défi de taille. Les enfants grandissent et se développent rapidement de la naissance à cinq ans, de sorte qu'une mesure du bien-être appropriée à un âge donné ne le serait pas un an plus tôt ou plus tard. Le développement de l'enfant se manifeste dans une vaste gamme d'habiletés et de caractéristiques qu'aucun indicateur pris isolément ne peut mesurer. Par conséquent, les indicateurs présentés dans le rapport couvrent diverses dimensions du développement de l'enfant. Dans certains cas, les indicateurs s'appliquent uniquement aux enfants d'un groupe d'âge défini, dans d'autres cas, ils s'appliquent à tous les enfants âgés de cinq ans et moins. Ensemble, les indicateurs dressent un profil général de la situation des jeunes enfants au Canada.

Bien qu'il ne soit pas encore possible de mesurer tous les aspects du bien-être de l'enfant ou tous les facteurs qui influencent le bien-être, on a réalisé au cours des dernières années des progrès considérables au chapitre de la collecte des données dans ce domaine. Le Canada peut d'ailleurs se réclamer d'une longue tradition de collecte de données sur la santé. En particulier, le registre des statistiques de l'état civil est une importante source d'information sur la santé physique des jeunes enfants. Le Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT) fournit des renseignements précieux sur les blessures et les hospitalisations. Par ailleurs, le recensement offre des données descriptives sur les jeunes enfants et leur famille. Deux enquêtes postcensitaires, l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA)[5] et la composante « Enfants » de l'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA)[6] constitueront vraisemblablement de nouvelles sources d'information.[7]

Plus récemment, la réalisation de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) a permis d'élargir les connaissances sur les enfants, particulièrement sur les jeunes enfants, au Canada. Dans le premier cycle de collecte de l'ELNEJ (qui s'est échelonné de la fin de 1994 au début de 1995), on a interviewé les parents de quelque 23 000 enfants âgés de 11 ans et moins. Les parents ont fourni des renseignements non seulement sur leurs enfants mais aussi sur eux-mêmes,

[5] On prévoit diffuser les premières données de l'EPLA en 2003.

[6] On prévoit diffuser les premières données de l'EAPA à partir de la fin de 2003.

[7] Des renseignements supplémentaires sur ces enquêtes sont présentés aux chapitres 4 et 5 du rapport.

sur la famille, l'école et le quartier. Au cours des cycles subséquents de 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001 et 2002-2003, on a recueilli des données auprès des mêmes familles et enfants, et on continuera de recueillir des données jusqu'à ce que ces enfants atteignent l'âge adulte. À chacun des cycles, on ajoute à l'échantillon initial de nouveaux enfants âgés de cinq ans et moins pour mieux comprendre les processus d'apprentissage et de développement dans les premières années de la vie.

L'ELNEJ est la principale source de données pour bon nombre d'indicateurs du bien-être de l'enfant présentés dans ce rapport. Les données les plus récentes de l'ELNEJ sont tirées du cycle 3 (1998-1999). Par conséquent, les données figurant dans ce rapport visent les enfants canadiens qui étaient âgés de cinq ans ou moins en 1998 et 1999, ce qui permettra d'établir un point de référence en fonction duquel on pourra mesurer l'évolution future du bien-être des enfants.

Dans quelques cas, les données se rapportent à une année de déclaration différente. Par exemple, dans le cas des enfants autochtones, les données les plus récentes sont tirées du recensement de 1996. Dans le cas des enfants ayant une incapacité, les données de l'EPLA de 2001 ne sont pas encore disponibles; les données les plus récentes proviennent donc de l'ESLA de 1991 (prédécesseur de l'EPLA).

Chapitre 2 : Portrait des jeunes enfants au Canada

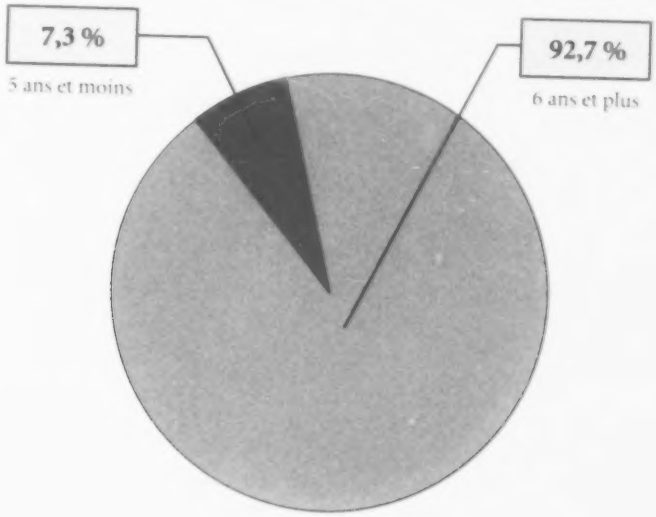
Aperçu des jeunes enfants au Canada

Les jeunes enfants au Canada ont tous une vie qui leur est propre. Comprendre ces enfants nous permettra d'aider chacun d'eux à réaliser son plein potentiel - être en santé, en sécurité et protégé, désireux et capable d'apprendre, et participer à la vie de sa collectivité.

En 1999, 7,3 % de la population canadienne était âgée de cinq ans et moins

Au 1er juillet 1999, on estimait à 2 224 935 le nombre d'enfants âgés de cinq ans et moins au Canada, soit 7,3 % de l'ensemble de la population canadienne. Ces enfants se répartissent à peu près également entre les divers âges.

Figure 1 : Proportion d'enfants âgés de cinq ans et moins, Canada, 1er juillet 1999

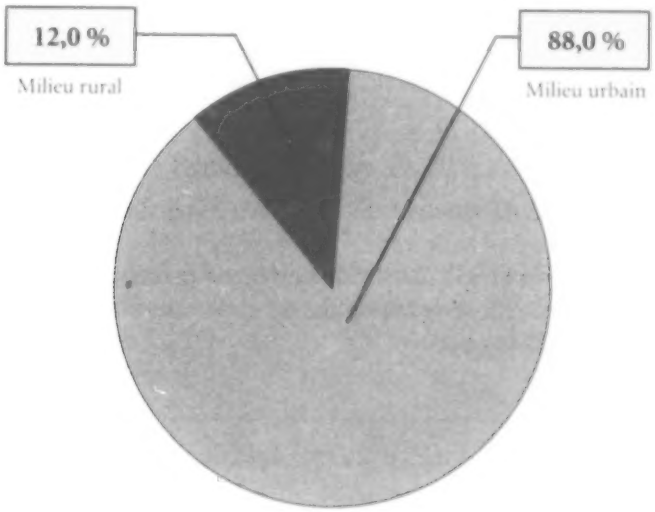


Source : Estimations annuelles de la population, Division de la démographie, Statistique Canada

De ce nombre, 51,2 % étaient des garçons (1 139 595 enfants) et 48,8 %, des filles (1 085 340 enfants).

La majorité des jeunes enfants vivent en milieu urbain

Figure 2 : Répartition des enfants selon le lieu de résidence, Canada, 1998-1999



Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 3 (1998-1999)

Le Canada reste un pays largement urbanisé. En 1996, 77,9 % de la population canadienne totale vivait en milieu urbain.[8] Ce phénomène est encore plus marqué dans le cas des jeunes enfants. En 1998-1999, 88 % de tous les enfants âgés de cinq ans et moins vivaient en milieu urbain[9] (1 904 070 enfants).

[8] Statistique Canada, *Chiffres de population des régions urbaines et rurales, provinces et territoires, recensement de 1996 – données intégrales*. No 93-357-XPB au catalogue.

[9] L'ELNEJ se fonde sur la classification des régions urbaines et rurales utilisée dans le cadre du recensement de Statistique Canada. Selon le Dictionnaire du recensement de 2001 (no 92-378-XIF au catalogue), les régions urbaines comptent une population d'au moins 1 000 habitants et d'au minimum 400 habitants par kilomètre carré. Les régions rurales couvrent toutes les populations vivant à l'extérieur des régions urbaines.

Les jeunes enfants sont-ils en santé?

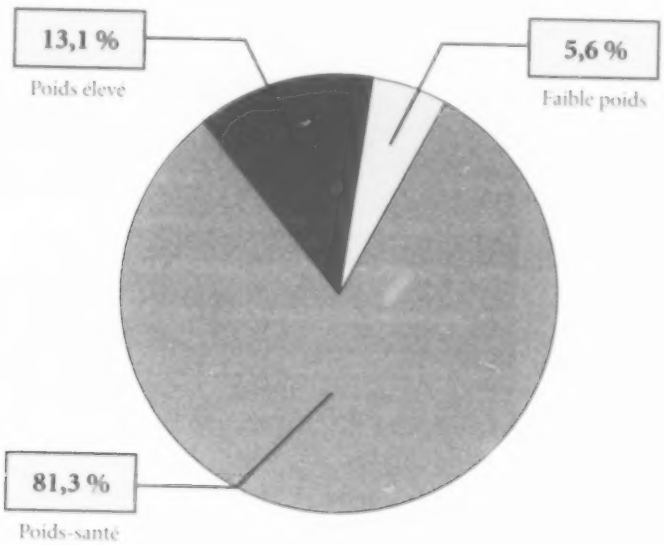
La recherche a démontré que la santé des enfants durant les premières années de la vie a une incidence sur leur situation plus tard dans la vie.

La section suivante présente des renseignements clés sur la santé des jeunes enfants au Canada.

Plus de 80 % des enfants ont un poids-santé à la naissance

Le poids à la naissance est un indicateur clé du développement, tant in utero qu'après la naissance. Les enfants ayant un faible poids à la naissance sont susceptibles d'éprouver divers problèmes, notamment des risques de décès au cours de leur première année de vie, des troubles du développement et des maladies.[10] Les enfants ayant un poids élevé à la naissance ont des risques accrus de décès au cours du premier mois de leur vie, de traumatismes à la naissance, de problèmes intellectuels et de troubles du développement.[11]

Figure 3 : Répartition des jeunes enfants selon le poids à la naissance, Canada, 1999



Source : Statistiques canadiennes de l'état civil - Base de données sur les naissances

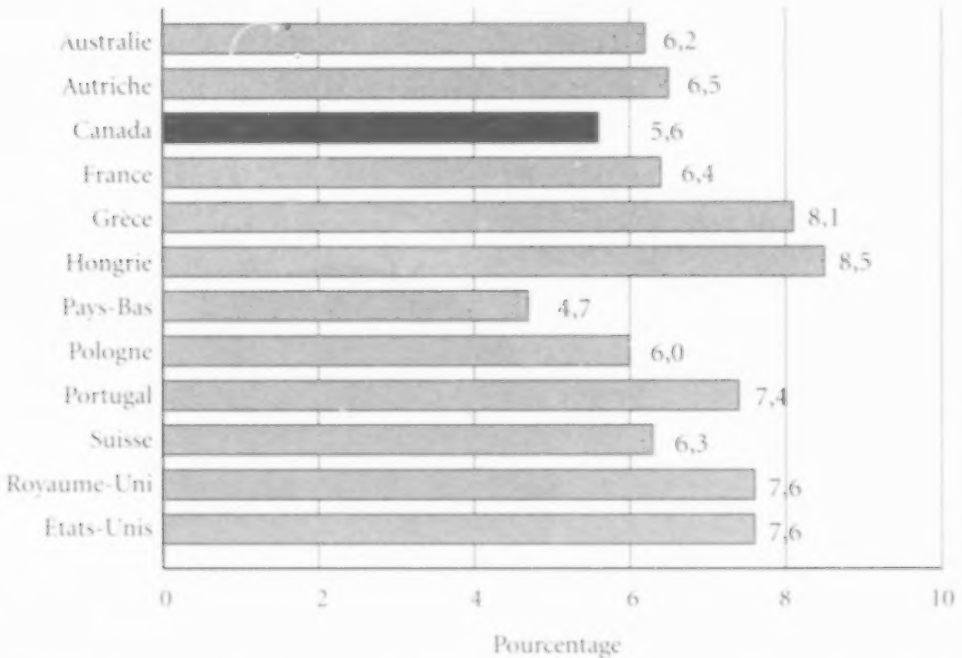
[10] Gouvernement du Canada (2002) *Les Canadiens en santé - Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2002*, Ottawa, Santé Canada.

[11] MacMillan, H. et al. « Chapitre 1 - Santé des enfants ». *Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits*, Ottawa.

Un poids-santé à la naissance se situe entre 2 500 et 4 000 grammes. Les enfants pesant moins de 2 500 grammes à la naissance sont considérés comme ayant un faible poids et ceux qui pèsent plus de 4 000 grammes à la naissance sont considérés comme ayant un poids élevé. En 1999, **81,3 %** de l'ensemble des enfants canadiens (soit 273 845 enfants) avaient un poids-santé à la naissance.

Une plus grande proportion de filles que de garçons naissent avec un poids-santé (84 % comparativement à 79 %). Cependant, les filles sont plus susceptibles d'avoir un faible poids à la naissance (moins de 2 500 grammes), tandis que les garçons ont plus souvent un poids élevé à la naissance (plus de 4 000 grammes). En règle générale, plus de la moitié des enfants ayant un faible poids à la naissance sont nés avant terme.[12]

Figure 4 : Pourcentage d'enfants ayant un faible poids à la naissance, divers pays de l'OCDE, 1999



Source : Organisation de coopération et de développement économiques, *Eco-Santé OCDE 2002*

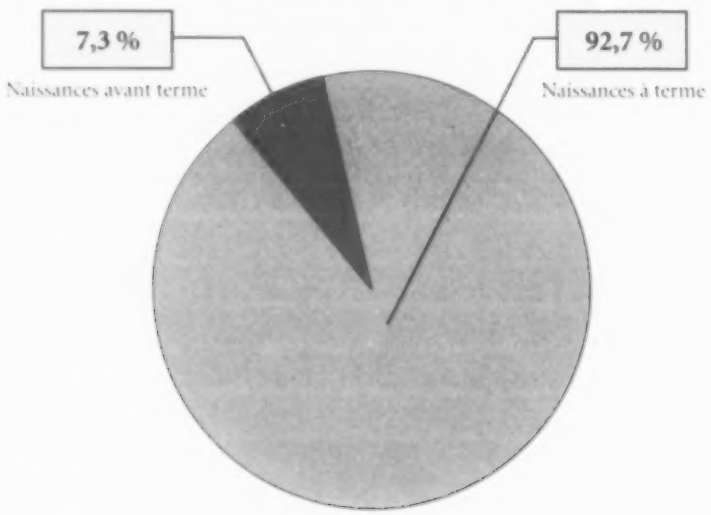
Parmi les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le Canada affiche l'un des taux les plus faibles d'enfants ayant un faible poids à la naissance, soit 5,6 % en 1999.

[12] Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (1999) *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, Gouvernement du Canada.

Peu d'enfants canadiens naissent avant terme

On estime généralement que la durée minimale de la grossesse est de 37 semaines. Un enfant né avant ce terme est considéré comme « prématuré ». Une naissance prématurée peut avoir une incidence sur le développement de l'enfant, celui-ci étant plus susceptible d'avoir un faible poids à la naissance et de connaitre des problèmes de santé qui y sont associés.

Figure 5 : Taux de naissances prématurées, Canada, 1999



Source : Statistiques canadiennes de l'état civil - Base de données sur les naissances

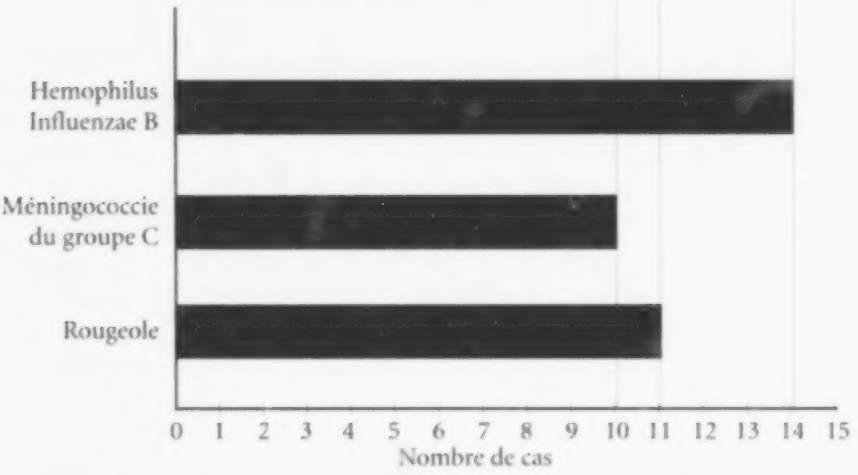
En 1999, **92,7 %** de tous les enfants (312 389 enfants) sont nés à terme ou après. Les naissances prématurées sont plus fréquentes chez les garçons que chez les filles; 7,7 % de tous les garçons (13 281 enfants) sont nés prématurément comparativement à 6,9 % chez les filles (11 268 enfants).

Le Canada continue d'enregistrer l'incidence de rougeole et d'hemophilus influenzae B la plus faible de son histoire

L'immunisation est essentielle pour protéger les enfants contre diverses maladies invalidantes et même mortelles.[13] Jusqu'à récemment (avant l'immunisation), les maladies infectieuses de l'enfance représentaient une cause importante d'affections, d'incapacités et de décès. Grâce à des taux élevés d'immunisation, les enfants jouissent au Canada d'une très bonne protection contre ces maladies graves. [14]

Bien que les enfants canadiens soient immunisés contre plusieurs maladies, les taux nationaux de couverture vaccinale à jour ne sont pas disponibles. On travaille présentement à obtenir des données fiables sur le nombre d'enfants âgés de cinq ans et moins immunisés contre toutes les maladies pouvant être prévenues par un vaccin au Canada. En attendant que ces données soient disponibles, le gouvernement du Canada a décidé de présenter l'incidence de trois maladies pouvant être prévenues par un vaccin et que les médecins de toutes les régions du pays sont tenus de signaler : l'hemophilus influenzae B (HIB), la méningococcie du groupe C et la rougeole.

Figure 6 : Nombre de cas de certaines maladies pouvant être prévenues par un vaccin, Canada, 1999



Source : Division de l'immunisation et des maladies respiratoires, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada.

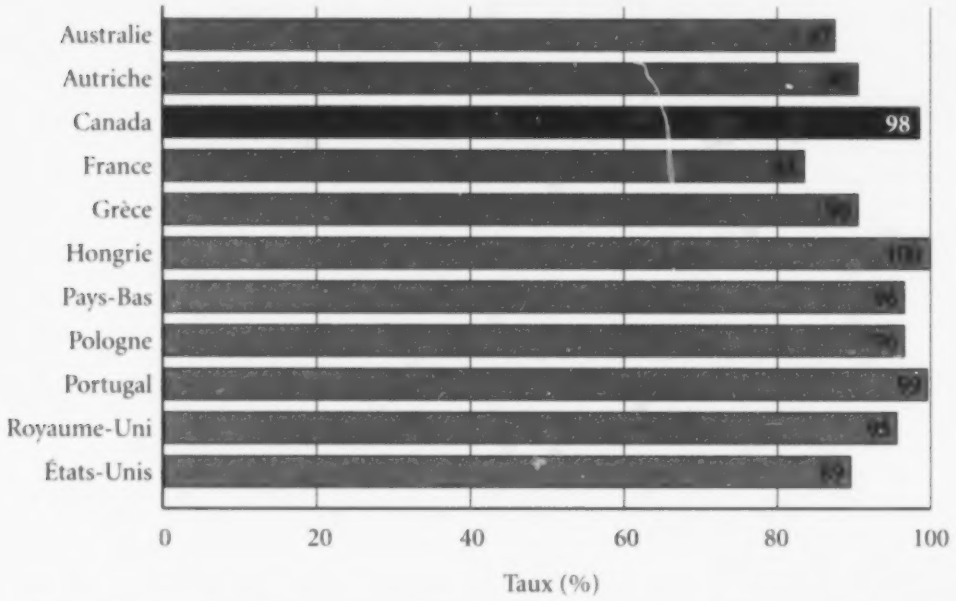
Note : Pour la rougeole et la méningococcie, les cas se rapportent aux enfants âgés de cinq ans et moins; les cas d'HIB se rapportent aux enfants âgés de quatre ans et moins.

[13] Ibid.

[14] Institut canadien de la santé infantile (2000) *La santé des enfants du Canada - Troisième édition*, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile.

En 1999, on a recensé **14** cas documentés d'HIB, **10** cas de méningococcie du groupe C et **11** cas de rougeole au Canada. Il importe de noter que, depuis 1998, tous les cas de rougeole viennent directement ou indirectement de l'étranger.

Figure 7 : Taux de couverture vaccinale antirougeoleuse, enfants de moins d'un an, divers pays de l'OCDE, 1997



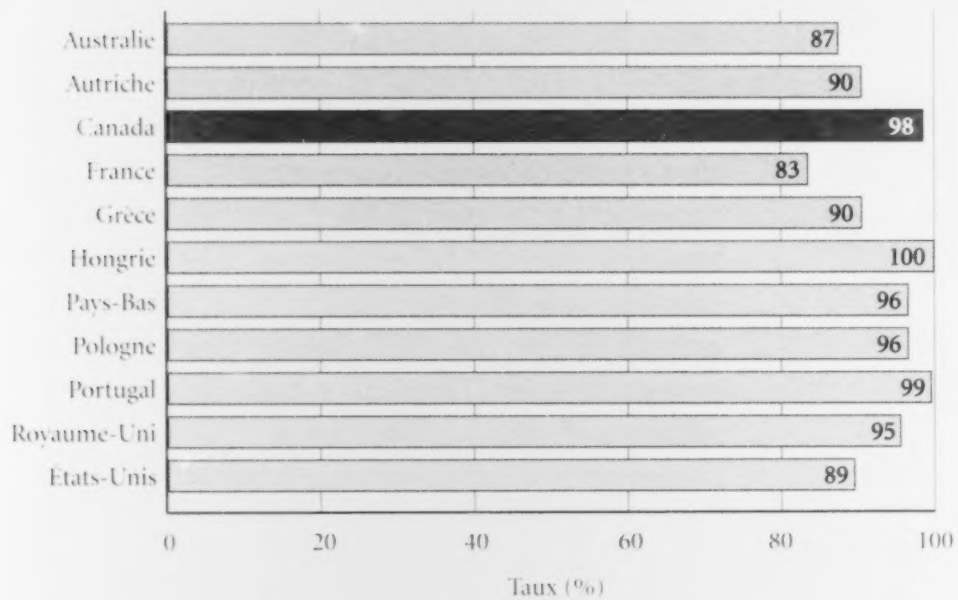
Source : Banque mondiale (1999), *World Development Indicators 1999*, Washington, D.C.
Note : Pour le Canada, le taux de couverture vaccinale vise les enfants de deux ans.

En 1997, le Canada affichait l'un des taux de couverture vaccinale antirougeoleuse les plus élevés au monde, soit 98 %, chez les très jeunes enfants. Ce taux élevé de couverture vaccinale, assuré par une campagne de rattrapage à deux doses menée en 1996 et un programme systématique à deux doses mis en place en 1996-1997, a permis au Canada d'enregistrer l'incidence la plus faible de rougeole de toute son histoire.[15]

[15] En 1995, le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) a réaffirmé l'engagement du Canada à éradiquer la rougeole et a recommandé d'administrer systématiquement une seconde dose de vaccin antirougeoleux au moins un mois après la dose initiale de façon à optimiser la protection offerte par le vaccin. En outre, les ministères provinciaux et territoriaux ont mis en œuvre un programme spécial de rattrapage à l'intention des enfants et des adolescents ayant antérieurement reçu une seule dose du vaccin.

En 1999, on a recensé **14** cas documentés d'HIB, **10** cas de méningococcie du groupe C et **11** cas de rougeole au Canada. Il importe de noter que, depuis 1998, tous les cas de rougeole viennent directement ou indirectement de l'étranger.

Figure 7 : Taux de couverture vaccinale antirougeoleuse, enfants de moins d'un an, divers pays de l'OCDE, 1997



Source : Banque mondiale (1999), *World Development Indicators 1999*, Washington, D.C.
Note : Pour le Canada, le taux de couverture vaccinale vise les enfants de deux ans.

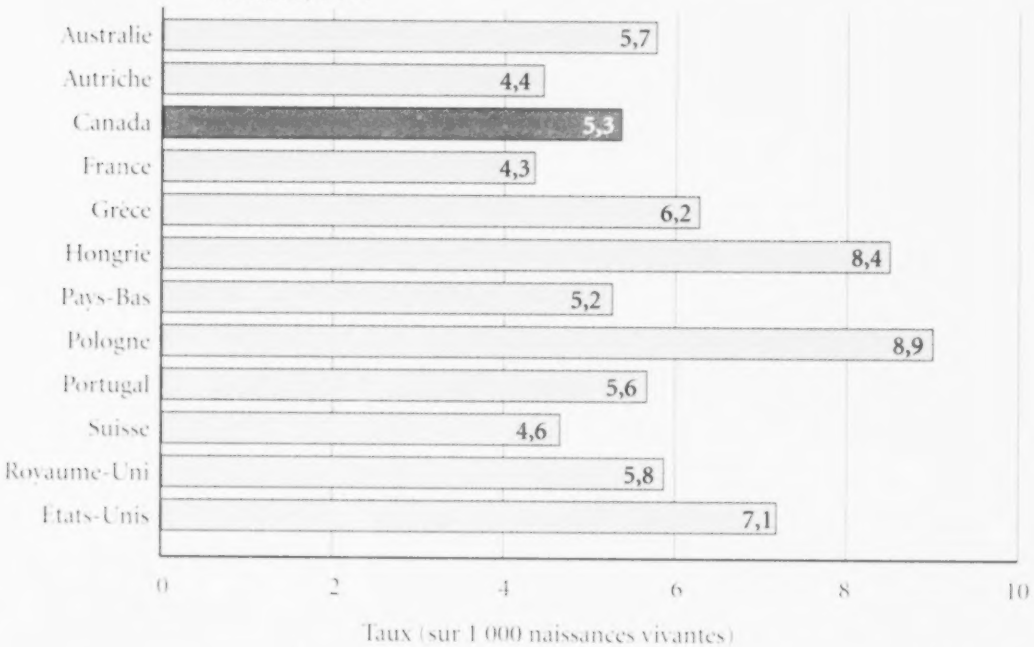
En 1997, le Canada affichait l'un des taux de couverture vaccinale antirougeoleuse les plus élevés au monde, soit 98 %, chez les très jeunes enfants. Ce taux élevé de couverture vaccinale, assuré par une campagne de rattrapage à deux doses menée en 1996 et un programme systématique à deux doses mis en place en 1996-1997, a permis au Canada d'enregistrer l'incidence la plus faible de rougeole de toute son histoire.[15]

[15] En 1995, le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) a réaffirmé l'engagement du Canada à éradiquer la rougeole et a recommandé d'administrer systématiquement une seconde dose de vaccin antirougeoleux au moins un mois après la dose initiale de façon à optimiser la protection offerte par le vaccin. En outre, les ministères provinciaux et territoriaux ont mis en œuvre un programme spécial de rattrapage à l'intention des enfants et des adolescents ayant antérieurement reçu une seule dose du vaccin.

Le Canada affiche un faible taux de mortalité infantile

La mortalité infantile renvoie au taux de mortalité chez les enfants de moins d'un an, exception faite des enfants mort-nés. Le taux de mortalité infantile au Canada a diminué au cours des deux dernières décennies. En 1999, le taux de mortalité infantile au pays s'établissait à **5,3 décès pour 1 000 naissances vivantes**. Ce taux varie légèrement pour les garçons et les filles, soit 5,7 décès pour 1 000 naissances vivantes chez les premiers contre 4,8 décès pour 1 000 naissances vivantes chez les secondes.

Figure 8 : Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances) divers pays de l'OCDE, 1999



Source : Organisation de cooperation et de developpement economiques, *Eco-Sante OCDE 2002*

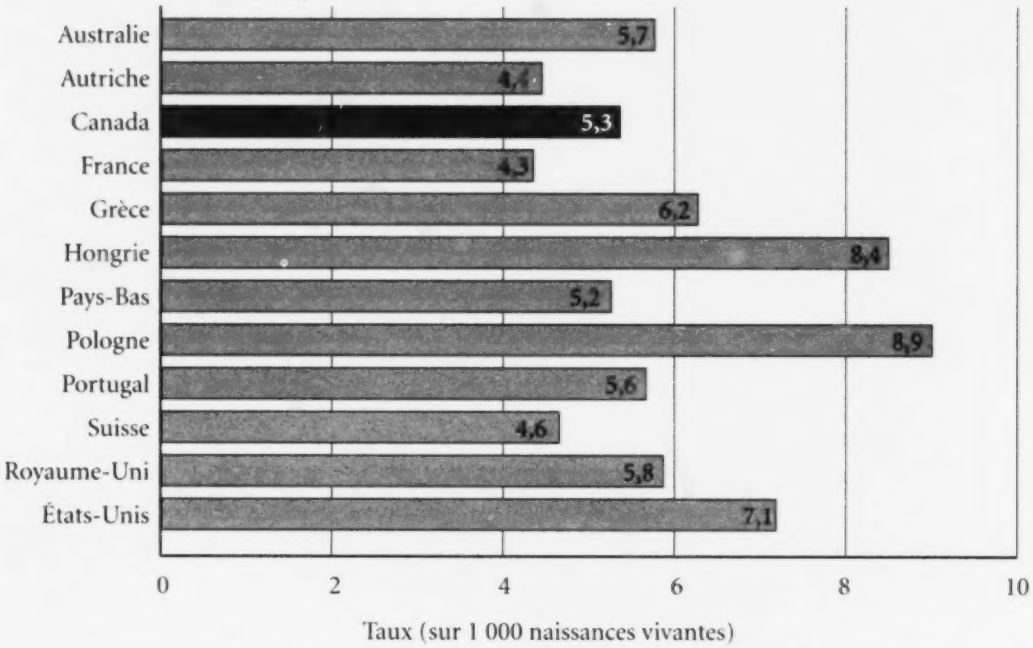
Selon les données de l'OCDE, le taux canadien de mortalité infantile est comparable à celui des autres pays développés.

[16] Gouvernement du Canada (2002), *Les Canadiens en santé – Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2002*, Ottawa, Santé Canada.

Le Canada affiche un faible taux de mortalité infantile

La mortalité infantile renvoie au taux de mortalité chez les enfants de moins d'un an, exception faite des enfants mort-nés. Le taux de mortalité infantile au Canada a diminué au cours des deux dernières décennies. En 1999, le taux de mortalité infantile au pays s'établissait à **5,3 décès pour 1 000 naissances vivantes**. Ce taux varie légèrement pour les garçons et les filles, soit 5,7 décès pour 1 000 naissances vivantes chez les premiers contre 4,8 décès pour 1 000 naissances vivantes chez les secondes.

Figure 8 : Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances) divers pays de l'OCDE, 1999



Source : Organisation de coopération et de développement économiques, *Éco-Santé OCDE 2002*

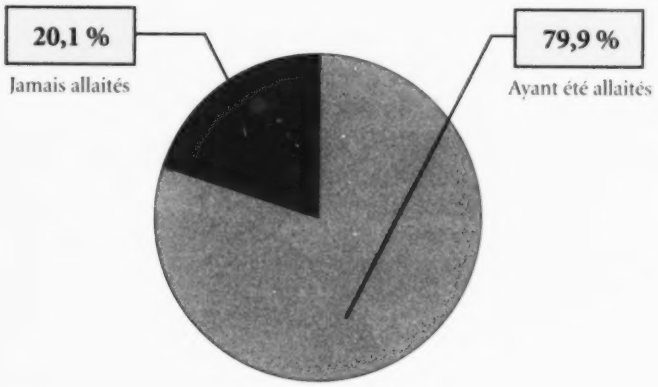
Selon les données de l'OCDE, le taux canadien de mortalité infantile est comparable à celui des autres pays développés.

[16] Gouvernement du Canada (2002). *Les Canadiens en santé - Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2002*, Ottawa, Santé Canada.

La majorité des enfants au Canada ont été allaités au sein

Non seulement un bébé allaité au sein est-il bien nourri, mais l'allaitement maternel stimule également ses sens - toucher, vue, ouïe, goût, odorat, chaleur -, ce qui favorise le développement sain de l'enfant. Les spécialistes constatent en outre que le lait maternel contient le dosage idéal des éléments nutritifs dont le bébé a besoin pour se développer.[17]

Figure 9 : Pourcentage d'enfants âgés de trois ans et moins allaités au sein, Canada, 1998-1999



Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 3 (1998-1999)
Note : Ce pourcentage couvre les enfants présentement allaités au sein et ceux qui l'ont déjà été.

En 1998-1999, **79,9 %** des enfants canadiens âgés de trois ans et moins (soit 1 115 868 enfants) étaient allaités au sein ou l'avaient déjà été.

Selon les experts, la durée optimale de l'allaitement maternel est de six mois ou plus.[18] Parmi les enfants nourris au sein, l'allaitement a duré 12 semaines ou moins dans 32,5 % des cas, de trois à six mois dans 33,4 % des cas et sept mois ou plus dans 34 % des cas.

L'allaitement maternel est légèrement plus fréquent chez les enfants vivant dans les régions urbaines que chez ceux vivant en milieu rural. En 1998-1999, 80,8 % des enfants âgés de trois ans et moins vivant en milieu urbain avaient été ou étaient allaités au sein comparativement à 72,8 % des enfants en milieu rural.

[17] McCain, Hon. Margaret Norrie et J. Fraser Mustard (1999) *Étude sur la petite enfance : Inverser la véritable fuite des cerveaux*, Toronto, Secrétariat à l'enfance de l'Ontario.

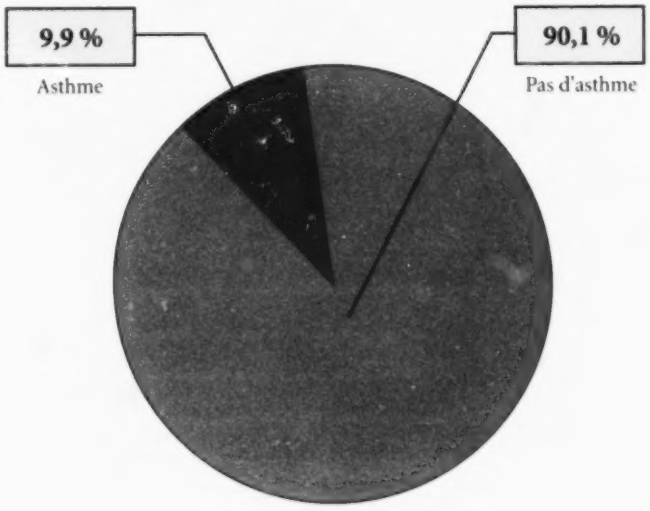
[18] Institut canadien de la santé infantile (2000) *La santé des enfants du Canada - Troisième édition*, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile.

Environ un jeune enfant sur dix souffre d'asthme

L'asthme, un trouble inflammatoire chronique des voies respiratoires, est l'un des états chroniques les plus répandus au Canada. Le diagnostic de l'asthme chez les enfants d'âge préscolaire n'est pas rare.[19] L'asthme peut entraver le développement de l'enfant et, dans les cas graves, il peut restreindre les activités de l'enfant.

En 1998-1999, **9,9 %** des jeunes enfants (soit 213 648 enfants) avaient déjà souffert d'asthme diagnostiqué par un spécialiste de la santé. Il s'agit là d'une hausse de 1,6 % par rapport à la proportion d'enfants chez qui l'asthme avait été diagnostiqué en 1994-1995.

Figure 10 : Prévalence des cas d'asthme diagnostiqués chez les jeunes enfants, Canada, 1998-1999



Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 3 (1998-1999)

Parmi les enfants souffrant d'asthme, 12,3 % (soit 26 410 enfants) ont indiqué que ces troubles respiratoires limitaient les activités auxquelles ils pouvaient participer.

Par ailleurs, la proportion d'enfants souffrant d'asthme est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural. En 1998-1999, 10,2 % des enfants vivant en milieu urbain avaient déjà souffert d'asthme diagnostiqué par un spécialiste de la santé comparativement à 8,0 % des enfants vivant dans les régions rurales.

[19] Ibid.

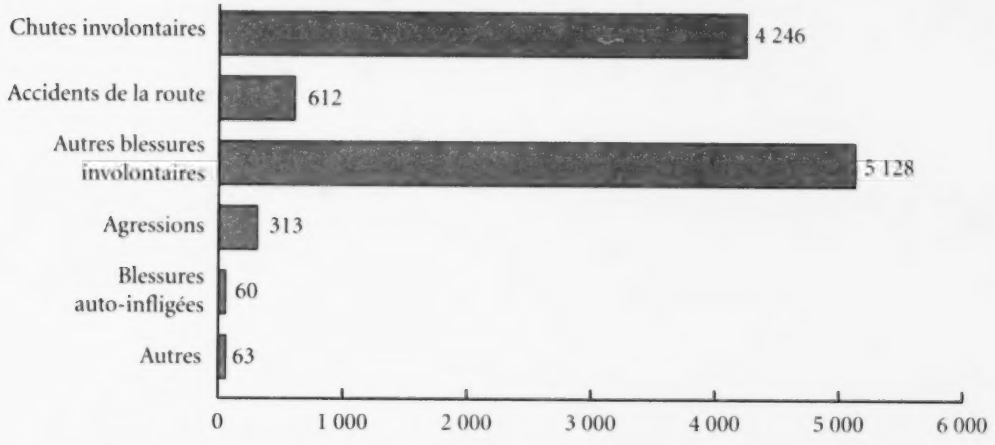
Les jeunes enfants sont-ils en sécurité?

Il est important que nos enfants se sentent protégés et en sécurité. « Pour s'épanouir, l'enfant a besoin d'un milieu familial sûr, sans violence, à l'abri de toute forme de victimisation. »[20]

La section suivante présente certaines données provisoires sur la sécurité et la protection des jeunes enfants au Canada.

Les jeunes enfants au Canada sont relativement à l'abri des blessures

Figure 11 : Hospitalisations à la suite de blessures, enfants âgés de cinq ans et moins, Canada, exercice financier 1999 - 2000



Source : Institut canadien d'information sur la santé, Hôpital; Base de données sur la morbidité, 1999.

Au cours de l'exercice financier 1999-2000, la majorité des enfants hospitalisés à la suite d'une blessure avaient fait une chute ou souffraient d'un autre genre de traumatisme involontaire, par exemple d'un empoisonnement, de coupures ou de brûlures accidentels. En général, les garçons sont plus susceptibles que les filles d'être traités à l'hôpital pour une blessure.

Selon les données de 1998-1999,[21] environ 60 % des blessures d'enfants âgés de cinq ans et moins qui se sont présentés à l'urgence d'un hôpital sont survenues à la maison. À mesure que les enfants vieillissent, les lieux où se produisent les blessures se diversifient[22] - puisque les enfants tendent de plus en plus à se livrer à des activités à l'extérieur du foyer.

[20] Conseil des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux sur la refonte des politiques sociales (1999) *Plan d'action nationale pour les enfants - Élaboration d'une vision commune*, Canada.

[21] Ces données proviennent du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT), le principal programme canadien de surveillance des traumatismes. Le SCHIRPT recueille des données auprès des services d'urgence de 10 hôpitaux pédiatriques et de cinq hôpitaux généraux au Canada.

[22] Santé Canada. Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT), 1998-1999.

Les blessures comptent parmi les causes de décès chez les enfants. C'est pourquoi on s'intéresse davantage à la prévention des traumatismes chez les enfants depuis quelques années. En 1999, **9,6 %** de tous les décès chez les jeunes enfants résultaient d'une blessure. Cependant, les traumatismes sont une cause de décès plus importante chez les enfants âgés d'un an à cinq ans (51 %) que chez les enfants de moins d'un an (2,1 %). Les accidents de la route et les agressions constituent les principales causes de décès à la suite de blessures chez les enfants âgés de cinq ans et moins.

Sécurité et protection des jeunes enfants

L'un des moyens permettant aux Canadiens d'assurer la sécurité des jeunes enfants consiste à les protéger des mauvais traitements, qu'il s'agisse de violence ou de négligence.

En 1998, on estimait à 48 790 le nombre d'enquêtes sur les cas de mauvais traitements infligés à des enfants âgés de cinq ans et moins au Canada. De ce nombre, environ 20 476 cas (42 %) ont été corroborés, 10 817 (22 %) restaient des cas présumés et 17 497 (36 %) n'ont pas été corroborés. Soixante-trois pour cent de l'ensemble des enquêtes relatives à la violence sexuelle se rapportaient à des filles et 37 %, à des garçons. Dans les autres catégories de mauvais traitements à l'égard des enfants, notamment la violence physique, la négligence et la violence psychologique, plus de la moitié des enquêtes se rapportaient à des garçons.[23]

Des travaux sont présentement en cours dans le cadre du cycle II de l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants.

[23] Données provenant de la Section des blessures et de la violence envers les enfants, Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie, Santé Canada.

Comment les jeunes enfants canadiens se développent-ils?

Il importe de comprendre comment les enfants se développent tant sur le plan affectif et cognitif que sur le plan physique. Dans bien des cas, les troubles affectifs et comportementaux qui se manifestent d'abord dans l'enfance peuvent entraîner des problèmes connexes tout au long de la vie.[24] L'ELNEJ constitue un outil précieux de collecte de données sur l'état affectif et le comportement des enfants puisque cette enquête comporte des mesures du comportement prosocial, de l'hyperactivité et du déficit de l'attention, des troubles affectifs et de l'anxiété ainsi que du comportement agressif. L'ELNEJ évalue également le développement moteur et social de l'enfant de même que ses aptitudes langagières.

Mesure du développement moteur et social dans l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes

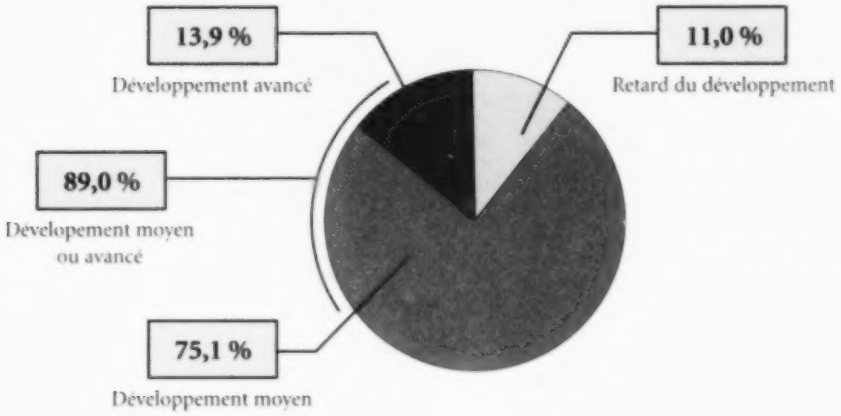
L'ELNEJ utilise une échelle fondée sur une série de 15 questions qui mesurent diverses dimensions du développement moteur et social des jeunes enfants âgés de trois ans et moins. Dans ce modèle, les questions servant à recueillir les données sur le développement moteur et social sont adaptées à l'âge de l'enfant. La personne la mieux informée au sujet de l'enfant répond aux questions. Les données reflètent donc l'évaluation parentale du développement moteur et social de l'enfant plutôt qu'un diagnostic professionnel.

Les réponses à ces questions sont intégrées à une échelle normalisée qui fixe à 100 le score moyen de la population, l'écart-type étant de 15. Ce score normalisé prend en considération l'âge de l'enfant et permet de comparer les groupes d'âge les uns par rapport aux autres. Sur cette échelle, on considère que les enfants ayant obtenu un score variant de 85 à 115 ont un développement moyen. Les enfants ayant obtenu un score inférieur à 85 manifestent des signes de retard du développement, tandis que ceux qui ont obtenu un score supérieur à 115 manifestent des signes de développement avancé.

[24] Offord, David R. et Ellen L. Lipman (1996) « Problèmes affectifs et comportementaux » dans *Grandir au Canada - Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada.

89 % des enfants n'accusent pas de retard du développement moteur et social

Figure 12 : Répartition des enfants âgés de trois ans et moins selon le score obtenu sur l'échelle de développement moteur et social, Canada, 1998-1999



Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 3 (1998-1999)

En 1998-1999, **89 %** des enfants âgés de trois ans et moins (soit 1 201 059 enfants) enregistraient un niveau moyen ou avancé de développement moteur et social.

Les enfants affichant des niveaux inférieurs de développement moteur et social tendent à éprouver plus de difficultés que les autres enfants de leur âge dans certaines activités telles que ramper et marcher sans aide ou se promener en tricycle. Ces enfants sont en outre moins susceptibles de pouvoir exprimer clairement leurs besoins et leurs désirs. Plus de filles que de garçons se retrouvent au nombre des enfants (11,0 %) accusant un retard du développement moteur et social.

Mesure du comportement dans l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes

Le présent rapport examine quatre mesures du comportement tirées de l'ELNEJ : troubles affectifs et anxiété, hyperactivité, agressivité physique et troubles comportementaux, comportement prosocial. Pour chaque mesure, on pose une série de questions et on classe les réponses sur une échelle de manière à obtenir une meilleure représentation des différents types de comportement. La personne la mieux informée au sujet de l'enfant répond aux questions. Les données reflètent donc l'évaluation parentale du comportement de l'enfant plutôt qu'un diagnostic professionnel. Voici des exemples des genres de comportement associés à chacune des mesures.

Troubles affectifs - anxiété : sentiments d'anxiété, de nervosité ou de dépression (l'enfant pleure souvent, est triste ou malheureux).

Hyperactivité : se caractérise par de l'agitation, de l'impatience, un manque de concentration et une incapacité d'attendre son tour.

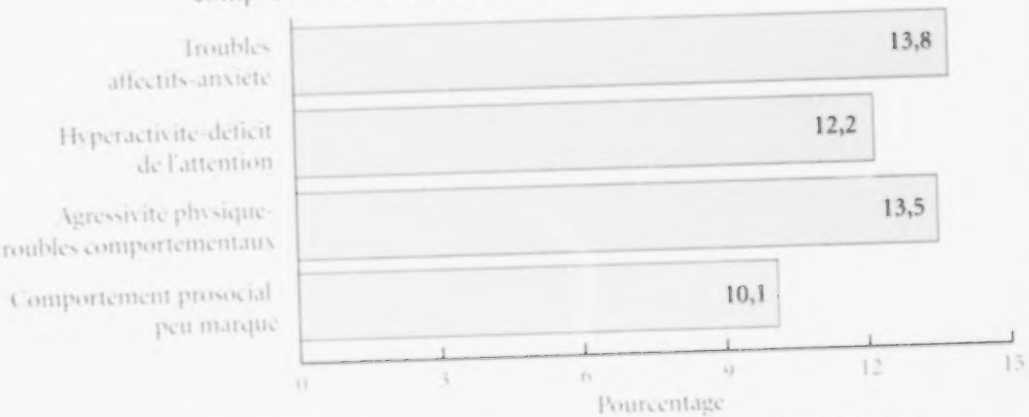
Agressivité physique - troubles comportementaux : l'enfant se bagarre, se montre menaçant ou manifeste de l'agressivité physique.

Comportement prosocial : l'enfant fait preuve de compassion et se porte volontaire pour aider autrui.

Pour dépister les troubles du comportement, on a défini des seuils (ou des points de référence) pour chacun de ces comportements en prenant le score le plus près du 90^{e} percentile de chacune des échelles. Les données indiquées représentent la proportion d'enfants manifestant des signes de difficultés pour chacun des comportements décrits.

La majorité des enfants ne présentent pas de signes de troubles du comportement

Figure 13 : Pourcentage des jeunes enfants manifestant des signes de troubles du comportement, Canada, 1998-1999



Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 3 (1998-1999)

Les enfants souffrant de troubles affectifs ou d'anxiété semblent plus souvent malheureux, déprimés ou nerveux que les autres enfants. En 1998-1999, **86,2 %** des enfants âgés de deux à cinq ans ne montraient pas de signes associés à des troubles affectifs ou à l'anxiété.

Les enfants qui semblent agités ou hyperactifs et qui ont tendance à ne pas tenir en place ou à relâcher leur concentration rapidement présentent des signes associés à l'hyperactivité et au déficit de l'attention. En 1998-1999, **87,8 %** des enfants âgés de deux à cinq ans ne manifestaient pas de signes d'hyperactivité ou de déficit de l'attention.

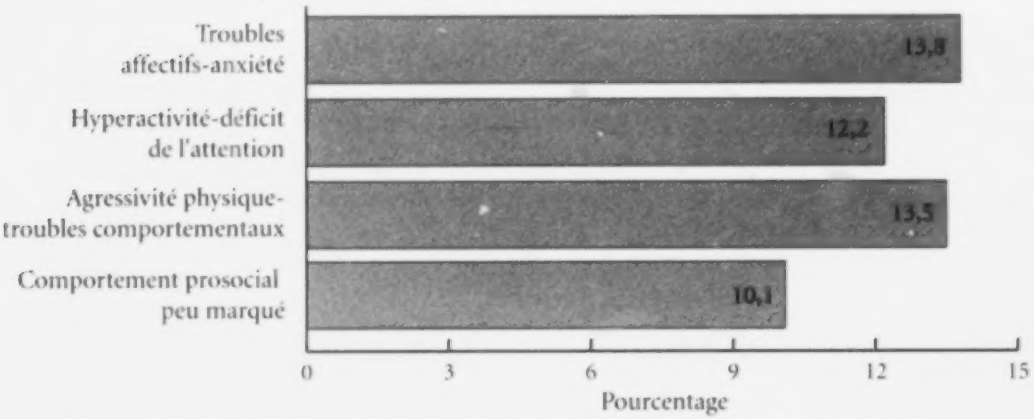
Les enfants qui sont enclins à se bagarrer, à être agressifs physiquement (coups de pied, morsures) ou à détruire des objets présentent des signes associés à l'agressivité physique et aux troubles comportementaux. En 1998-1999, **86,5 %** des enfants âgés de deux à cinq ans ne présentaient pas de signes d'agressivité physique ou de troubles comportementaux.

Parmi les enfants souffrant de troubles comportementaux, les garçons affichent des niveaux systématiquement plus élevés de troubles affectifs et d'anxiété, d'hyperactivité et de déficit de l'attention, d'agressivité physique et de troubles comportementaux que les filles. L'écart le plus important est observé dans le domaine de l'agressivité physique et des troubles comportementaux, 16,6 % des garçons manifestant ce type de comportement de façon marquée, contre 10,2 % des filles.

Le comportement prosocial sert, lui aussi, à évaluer le comportement de l'enfant. Un enfant qui se montre serviable, réconfortant ou qui fait preuve de compassion à l'égard des autres manifeste des signes de comportement prosocial. En 1998-1999, **89,9 %** des enfants âgés de deux à cinq ans affichaient un niveau moyen ou élevé de comportement prosocial. Les filles sont plus susceptibles que les garçons d'enregistrer des niveaux élevés de comportement prosocial (91,8 % et 87,8 % respectivement).

La majorité des enfants ne présentent pas de signes de troubles du comportement

Figure 13 : Pourcentage des jeunes enfants manifestant des signes de troubles du comportement, Canada, 1998-1999



Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 3 (1998-1999)

Les enfants souffrant de troubles affectifs ou d'anxiété semblent plus souvent malheureux, déprimés ou nerveux que les autres enfants. En 1998-1999, **86,2 %** des enfants âgés de deux à cinq ans ne montraient pas de signes associés à des troubles affectifs ou à l'anxiété.

Les enfants qui semblent agités ou hyperactifs et qui ont tendance à ne pas tenir en place ou à relâcher leur concentration rapidement présentent des signes associés à l'hyperactivité et au déficit de l'attention. En 1998-1999, **87,8 %** des enfants âgés de deux à cinq ans ne manifestaient pas de signes d'hyperactivité ou de déficit de l'attention.

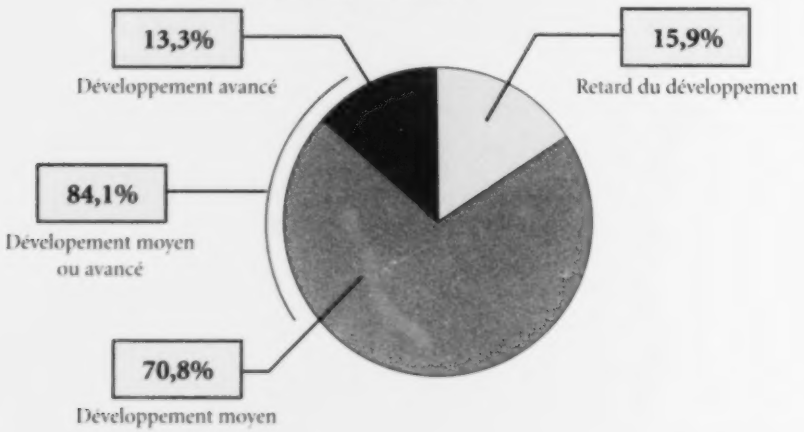
Les enfants qui sont enclins à se bagarrer, à être agressifs physiquement (coups de pied, morsures) ou à détruire des objets présentent des signes associés à l'agressivité physique et aux troubles comportementaux. En 1998-1999, **86,5 %** des enfants âgés de deux à cinq ans ne présentaient pas de signes d'agressivité physique ou de troubles comportementaux.

Parmi les enfants souffrant de troubles comportementaux, les garçons affichent des niveaux systématiquement plus élevés de troubles affectifs et d'anxiété, d'hyperactivité et de déficit de l'attention, d'agressivité physique et de troubles comportementaux que les filles. L'écart le plus important est observé dans le domaine de l'agressivité physique et des troubles comportementaux, 16,6 % des garçons manifestant ce type de comportement de façon marquée, contre 10,2 % des filles.

Le comportement prosocial sert, lui aussi, à évaluer le comportement de l'enfant. Un enfant qui se montre serviable, réconfortant ou qui fait preuve de compassion à l'égard des autres manifeste des signes de comportement prosocial. En 1998-1999, **89,9 %** des enfants âgés de deux à cinq ans affichaient un niveau moyen ou élevé de comportement prosocial. Les filles sont plus susceptibles que les garçons d'enregistrer des niveaux élevés de comportement prosocial (91,8 % et 87,8 % respectivement).

La majorité des enfants montrent des aptitudes à comprendre le vocabulaire

Figure 14 : Répartition des enfants de quatre et cinq ans selon le score obtenu au test EVIP-R, Canada, 1998-1999



Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 3 (1998-1999)

En 1998-1999, plus de **84,1 %** de l'ensemble des enfants de quatre et cinq ans (soit 83 123 enfants) affichaient un niveau moyen ou avancé de développement verbal. De ce nombre, 13,3 % avaient un niveau avancé de développement verbal. Ces enfants sont plus susceptibles de réaliser des activités telles que les associations libres (association de mots à l'image appropriée), qui constituent un bon indicateur des aptitudes ultérieures à lire et à apprendre.

En 1998-1999, les garçons étaient plus susceptibles que les filles d'accuser un retard du développement verbal (16,5 % et 15,3 % respectivement), mais se montraient également plus enclins à enregistrer un développement verbal avancé (14,1 % contre 12,5 %).

Mesure des aptitudes langagières et du vocabulaire compris dans l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes

Le test Échelle vocabulaire en image Peabody-Révisé (EVIP-R) est un outil d'évaluation directe permettant de mesurer le vocabulaire compris par les enfants de quatre et cinq ans. L'intervieweur fait directement passer le test à l'enfant, en français ou en anglais, après avoir obtenu le consentement des parents.

À la lumière des résultats du test, on a établi une échelle normalisée sur laquelle le score moyen de la population est fixé à 100, l'écart-type étant de 15. Le score normalisé tient compte de l'âge de l'enfant et permet les comparaisons entre les groupes d'âge. Sur cette échelle, on considère que les enfants ayant obtenu un score variant de 85 à 115 ont un développement verbal moyen. Les enfants ayant obtenu un score inférieur à 85 accusent un retard du développement verbal, tandis que ceux qui ont obtenu un score supérieur à 115 manifestent un développement verbal avancé.

Faits saillants

Au Canada, en 1998-1999, les jeunes enfants âgés de cinq ans et moins se développaient bien.

- 81,3 % avaient un poids-santé à la naissance.
- 92,7 % sont nés à terme.
- Le Canada continuait d'afficher l'incidence la plus faible de rougeole et d'hemophilus influenzae B de son histoire.
- Le taux de mortalité infantile au Canada se chiffrait à 5,3 pour 1 000 naissances vivantes.
- 79,9 % des enfants âgés de trois ans et moins étaient allaités au sein ou l'avaient été antérieurement.
- Un jeune enfant sur 10 souffrait d'asthme (cas diagnostiqués par des spécialistes de la santé).
- La majorité des blessures de jeunes enfants traités à l'hôpital étaient attribuables à des chutes, des coupures ou des brûlures accidentelles.
- 9,6 % de tous les décès chez les jeunes enfants résultaient d'une blessure.
- 89 % des enfants âgés de trois ans et moins montraient des signes de développement moteur et social moyen ou avancé.
- 86,2 % des enfants âgés de deux à cinq ans ne manifestaient pas de signes de troubles affectifs ou d'anxiété.
- 87,8 % des enfants âgés de deux à cinq ans ne manifestaient pas de signes d'hyperactivité ou de déficit de l'attention.
- 86,5 % des enfants âgés de deux à cinq ans ne manifestaient pas de signes d'agressivité physique ou de troubles comportementaux.
- 89,9 % des enfants âgés de deux à cinq ans avaient un comportement prosocial de niveau moyen ou élevé.
- 84,1% des enfants âgés de quatre et cinq ans affichaient un niveau moyen ou élevé de développement verbal.

Chapitre 3 : Portrait des familles canadiennes

« Les parents et la famille jouent un rôle de premier plan dans la vie de l'enfant; l'appui et l'encouragement de la famille constituent le meilleur fondement du développement positif de l'enfant. »[25] Nous avons toujours su intuitivement que la famille et, plus particulièrement, les pratiques parentales et les modes de vie influent sur la vie des enfants, que ce soit directement ou indirectement. Le milieu familial dans lequel grandissent les enfants canadiens s'est considérablement transformé au cours des dernières décennies. La famille biparentale traditionnelle des années 1950 ne s'impose plus comme le seul modèle significatif de vie familiale. Aujourd'hui, les jeunes enfants naissent dans des familles de formes multiples - couples mariés, couples en union libre, familles monoparentales et familles recomposées. Par surcroît, la famille dans laquelle naît l'enfant ne sera pas forcément celle où il passera toute son enfance, la structure familiale étant en constante mutation. Par ailleurs, de nos jours, bon nombre de jeunes femmes terminent leurs études et entreprennent une carrière avant d'avoir des enfants. Toutefois, malgré ces changements et les pressions associées à l'équilibre entre la vie professionnelle et familiale, les parents comprennent l'importance des cinq premières années de la vie et consacrent plus de temps à leurs jeunes enfants qu'ils ne le faisaient il y a dix ans.[26]

Le présent chapitre vise à tracer le portrait du milieu familial dans lequel grandissent aujourd'hui les jeunes enfants. Grâce à la publication de nouveaux résultats de recherche, les prochains rapports pourront explorer l'influence de la famille sur la situation des enfants. « En comprendre les effets nous permet de choisir des interventions qui renforcent les environnements de soutien des enfants et améliorent leur développement. »[27] Plus précisément, ce chapitre répondra à quelques questions importantes sur les familles des jeunes enfants canadiens : Dans quels genres de famille les jeunes enfants canadiens vivent-ils? Qui sont les parents des jeunes enfants canadiens? Comment exercent-ils leur rôle parental?

[25] Conseil des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux sur la refonte des politiques sociales (1999) *Plan d'action national pour les enfants - Élaboration d'une vision commune*, Canada.

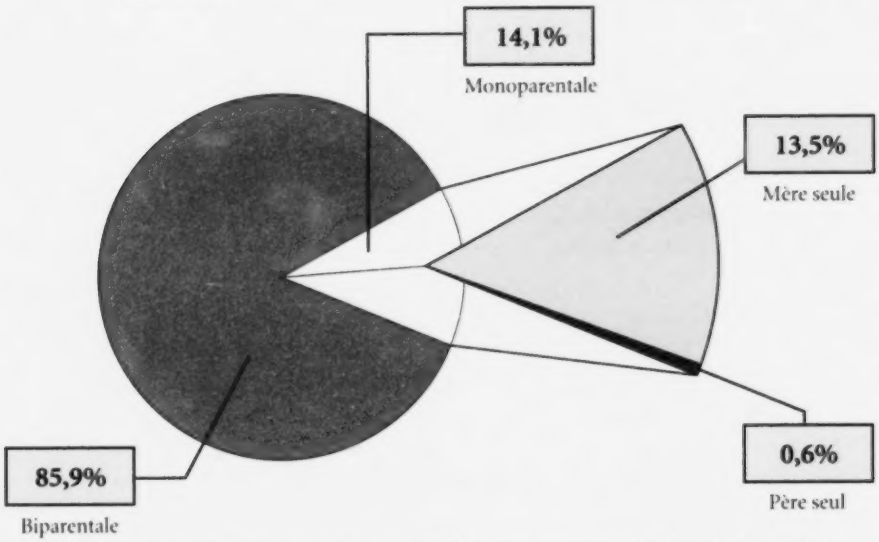
[26] Zuzanek, J. (Été 2001) « Le temps consacré aux enfants : est-ce assez ou trop peu? » (pp. 135-143) dans *Isuma - Revue canadienne de recherche sur les politiques*, volume 2, numéro 2.

[27] Conseil des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux sur la refonte des politiques sociales (1999) *Plan d'action national pour les enfants - Élaboration d'une vision commune*, Canada.

Dans quels genres de famille les jeunes enfants canadiens vivent-ils?

La majorité des jeunes enfants grandissent dans une famille biparentale - recomposée ou intacte.[28] En 1998-1999, 86 % des jeunes enfants vivaient au sein d'une famille biparentale.

Figure 15 : Répartition des jeunes enfants au Canada selon le genre de famille, 1998-1999



Source: Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 3 (1998-1999)

Le nombre de familles monoparentales au Canada a augmenté au cours des deux dernières décennies. Entre 1971 et 1991, la proportion de familles monoparentales est passée de 9,4 % à 13 % de l'ensemble des familles.[29] En 1998-1999, 14,1 % des jeunes enfants vivaient au sein d'une famille monoparentale. La proportion des familles monoparentales dirigées par une femme est nettement supérieure à celle des familles monoparentales dirigées par un homme. En 1998-1999, 13,5 % des jeunes enfants vivaient dans une famille monoparentale ayant une femme à sa tête, comparativement 0,6 % pour les familles monoparentales dirigées par un homme.

La séparation parentale, lorsqu'elle se produit, survient plus tôt dans la vie des enfants. Si environ 5 % des enfants nés au début des années 1960 ont vécu une séparation parentale avant leur sixième anniversaire, près de 25 % des enfants nés à la fin des années 1980[30] ont vécu une telle situation au même âge.

[28] La *famille recomposée* se compose généralement d'un parent biologique et d'un beau-parent, tandis que la *famille intacte* se compose des deux parents biologiques.

[29] Péron, Y. « L'évolution des familles de recensement de 1971 à 1991 » (pp. 47-100) dans *Les familles canadiennes à l'approche de l'an 2000*, Statistique Canada, no 96-321-MPE, no 4 au catalogue.

[30] Marcil-Gratton, N. (1998) *Grandir avec maman et papa? Les trajectoires familiales complexes des enfants canadiens*, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada, Direction générale de la recherche appliquée.

Le nombre de familles nombreuses et la proportion qu'elles représentent dans l'ensemble des familles a diminué au cours des dernières années. En 1901, la famille moyenne se composait de 4,5 personnes. En 1986, la taille moyenne de la famille était passée à 3,1 personnes[31] et a diminué de nouveau pour s'établir à 3,0 personnes en 1998-1999. En 1998-1999, plus de 25 % des jeunes enfants au Canada étaient des enfants uniques (sans frères ni sœurs).

En outre, les mères tendent à avoir leurs enfants plus tardivement. Compte tenu de l'importance accordée aux études et à la carrière, les femmes choisissent de retarder la maternité. Par conséquent, l'âge moyen de la mère à la naissance du premier enfant ne cesse d'augmenter depuis les années 1960. À la fin des années 1960, les femmes donnaient naissance à leur premier enfant vers l'âge de 23 ans. En 1999, c'est à environ 27 ans qu'elles deviennent mères pour la première fois.[32]

L'indice synthétique de fécondité au Canada diminue en raison de l'âge plus avancé des femmes à la maternité et de la réduction de la taille de la famille. En 1999, l'indice synthétique de fécondité au Canada s'établissait à 1,52 enfant par femme. Il s'agit là d'un recul de 40 % de l'indice synthétique de fécondité pour les femmes de 20 à 24 ans et d'une baisse de 25 % pour les femmes de 25 à 29 ans au cours des 20 dernières années.

Dans quels genres de logement et de collectivité ces familles vivent-elles?

Le genre de logement que l'on habite tend à influer sur le mode de vie.

Des recherches fondées sur les données du recensement de 1996 révèlent que la majorité des enfants canadiens âgés de 18 ans et moins vivent dans des logements qui respectent les normes de prix abordable, de taille convenable et de qualité convenable. Cependant, 15 % des enfants vivent au sein de familles aux prises avec des « besoins impérieux de logement », c'est-à-dire dont le logement ne respecte pas l'une ou l'autre de ces normes. En règle générale, les enfants vivant dans un logement locatif sont nettement plus susceptibles d'avoir des besoins impérieux à ce chapitre (36 % des ménages locataires contre 7 % des ménages propriétaires font face à des besoins impérieux de logement). [33]

Les parents veulent élever leurs enfants dans des quartiers stables qui favorisent un sentiment de sécurité et de protection. En 1998-1999, 84,9 % des répondants de l'ELNEJ ont déclaré que leur quartier leur procurait un sentiment de satisfaction, de sécurité et de cohésion.[34] En général, les personnes vivant en milieu rural affichaient un niveau de satisfaction à l'égard de leur quartier légèrement supérieur à celui des résidents de régions urbaines.

À la fin des années 1990, le gouvernement du Canada a amorcé des recherches dans 13 collectivités canadiennes afin de mieux comprendre l'incidence des facteurs communautaires sur le développement des jeunes enfants et d'améliorer la capacité des collectivités d'utiliser les données ainsi produites pour suivre le développement des enfants et prendre des mesures communautaires efficaces dans ce domaine. Cette initiative, appelée Comprendre la petite enfance (CPE), fournit de nouveaux renseignements sur la relation entre les collectivités et le développement de l'enfant. Les rapports ultérieurs présenteront possiblement les résultats de cette initiative.

---

[31] Institut Vanier de la famille (2000) *Profil des familles canadiennes II*, Ottawa, Institut Vanier de la famille.

[32] Division de la statistique de la santé, Statistique Canada.

[33] Société canadienne d'hypothèques et de logement. *Le point en recherche - Études spéciales sur les données du recensement de 1996 : Le logement des enfants au Canada*, (Série socio-économique, numéro 55-4), Ottawa, Gouvernement du Canada.

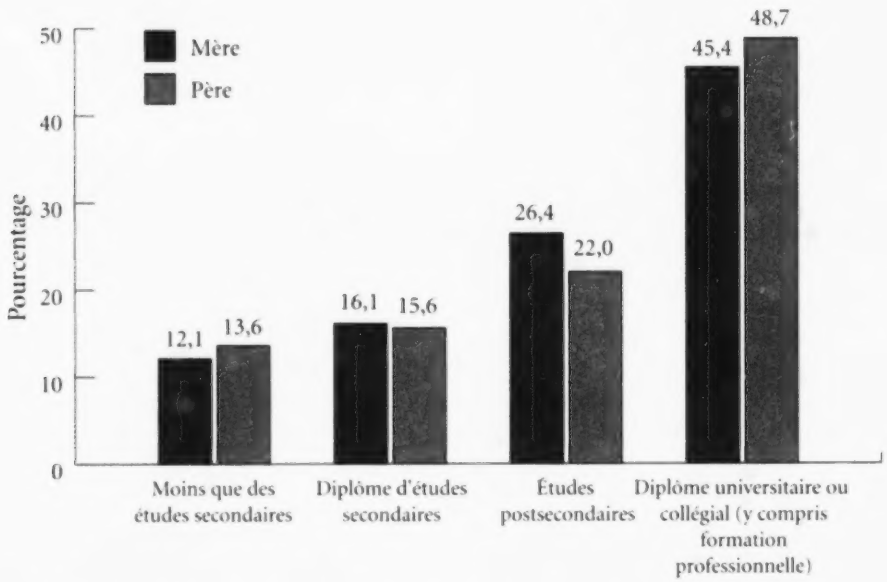
[34] L'échelle de cohésion du quartier employée dans l'ELNEJ sert à mesurer le degré de cohésion dans la collectivité de résidence selon la perception de la personne la mieux informée au sujet de l'enfant.

Qui sont les parents des jeunes enfants canadiens?

Niveau de scolarité

Dans l'actuelle économie du savoir, on accorde une grande importance à la scolarité. « C'est dans le perfectionnement des compétences que nos objectifs économiques et sociaux se rejoignent ». [35]

Figure 16 : Plus haut niveau de scolarité atteint par les parents de jeunes enfants, Canada, 1998-1999



Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 3 (1998-1999)

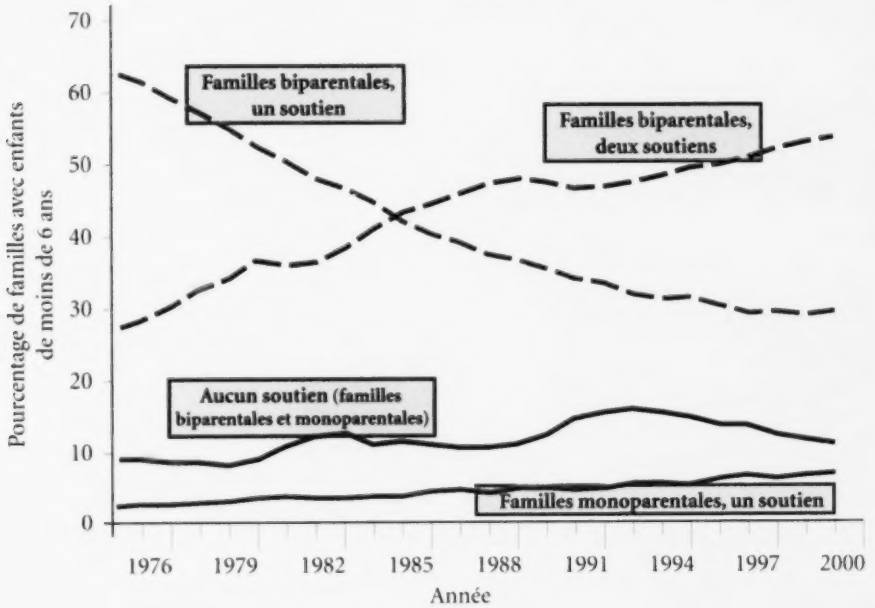
En 1998-1999, près de la moitié des parents de jeunes enfants avaient fait des études postsecondaires. Comme l'illustre la figure 16, seulement 3,3 points de pourcentage séparent les pères et les mères ayant obtenu un diplôme d'études postsecondaires (48,7 % des pères contre 45,4 % des mères). Le nombre de mères de jeunes enfants ayant un diplôme universitaire ou collégial n'a cessé d'augmenter au cours de la dernière décennie.

[35] Développement des ressources humaines Canada (2002) *Le savoir, clé de notre avenir : le perfectionnement des compétences au Canada. Stratégie d'innovation du Canada*, Ottawa, Gouvernement du Canada.

Travail à l'extérieur du foyer

Une grande majorité des jeunes enfants ont des parents qui travaillent tous deux à l'extérieur du foyer. Par ailleurs, la proportion de soutiens de famille monoparentale qui travaillent à l'extérieur du foyer continue de croître.

Figure 17 : Tendances relatives aux familles à deux soutiens et à un soutien ayant de jeunes enfants, Canada, 1976 à 2001



Source : Enquête sur la population active, Fichier de microdonnées à grande diffusion
Note : En raison de problèmes de collecte, les données de 2000 ont été omises.

Si plus de parents travaillent, les mères de jeunes enfants déclarent travailler moins d'heures rémunérées en moyenne que leurs conjoints ou que les mères ayant des enfants plus âgés.[36] En outre, les mères d'enfants de moins d'un an sont moins nombreuses à travailler que les mères d'enfants âgés d'un an à cinq ans.

Le Canada enregistre un pourcentage très élevé de mères de jeunes enfants occupant un emploi si on le compare aux pays de l'Union européenne. En 1996, 60 % des mères canadiennes ayant au moins un enfant âgé de moins six ans travaillaient,[37] comparativement à 42 % en Italie, 40 % au Luxembourg et 36 % en Espagne.[38]

[36] Silver, C. (Été 2000) « Être présents : le temps que les couples à deux soutiens passent avec leurs enfants » dans *Tendances sociales canadiennes*, Ottawa, Statistique Canada.

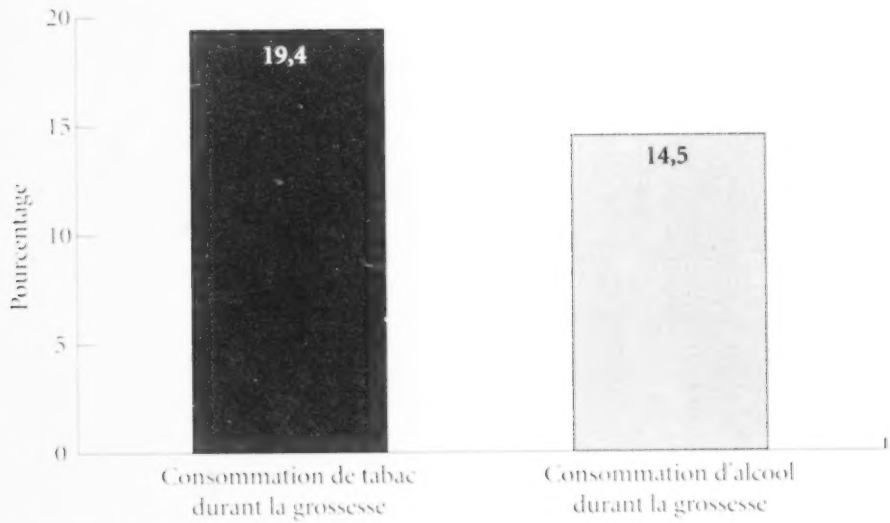
[37] Statistique Canada (1996) Recensement du Canada.

[38] EUROSTAT (1996) Totalisation personnalisée.

Risques pour la santé

Au cours des dernières années, un nombre croissant de campagnes de sensibilisation ont mis en évidence les dangers de la consommation de tabac et d'alcool durant la grossesse. Les recherches indiquent que le tabagisme durant la grossesse peut entraîner des problèmes de santé pour l'enfant, notamment un faible poids à la naissance et une naissance prématurée. La consommation d'alcool durant la grossesse fait courir un risque accru au chapitre du syndrome d'alcoolisme fœtal et des effets de l'alcool sur le fœtus. [39]

Figure 18 : Consommation de tabac et d'alcool durant la grossesse, Canada, 1998-1999



Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 3 (1998-1999)

En 1998-1999, au Canada, 14,5 % des mères ont consommé de l'alcool durant leur grossesse et 19,4 % des mères fumaient alors qu'elles étaient enceintes. À titre de comparaison, environ 13 % des mères aux États-Unis fumaient la cigarette durant leur grossesse en 1999[40], tandis que la proportion de ces femmes atteignait 20 % au Royaume-Uni en 2000.[41]

Au-delà des mises en garde contre les dangers de l'alcool, du tabac et des drogues durant la grossesse, la population est de plus en plus consciente des effets négatifs de la fumée secondaire. Les jeunes enfants sont particulièrement sensibles aux effets de la fumée secondaire du tabac (FST), qui

[39] Le syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) est un diagnostic médical qui désigne un ensemble précis d'anomalies associées à la consommation d'alcool durant la grossesse. Les trois principales manifestations du SAF sont les retards de croissance prénatale ou postnatale, des traits faciaux caractéristiques et les anomalies du système nerveux central.

Les effets de l'alcool sur le fœtus (EAF) affectent les enfants qui ont été exposés à l'alcool avant la naissance mais qui ne manifestent que certaines des caractéristiques associées au SAF.

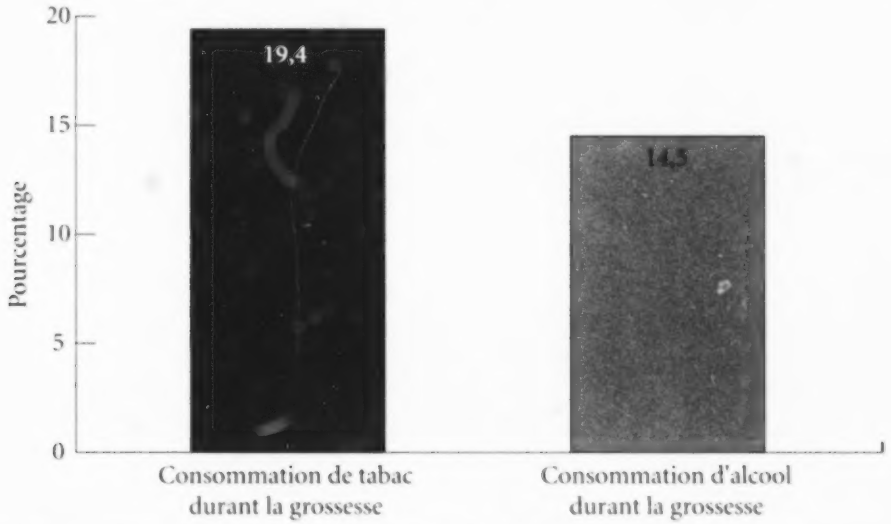
[40] *Health, United States, 2001, With Urban and Rural Health Chartbook*, (2001) États-Unis, Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention et National Center for Health Statistics.

[41] BMRB Social Research (2000) *2000 Infant Feeding Survey*, United Kingdom, Department of Health.

Risques pour la santé

Au cours des dernières années, un nombre croissant de campagnes de sensibilisation ont mis en évidence les dangers de la consommation de tabac et d'alcool durant la grossesse. Les recherches indiquent que le tabagisme durant la grossesse peut entrainer des problèmes de santé pour l'enfant, notamment un faible poids à la naissance et une naissance prématurée. La consommation d'alcool durant la grossesse fait courir un risque accru au chapitre du syndrome d'alcoolisme fœtal et des effets de l'alcool sur le fœtus. [39]

Figure 18 : Consommation de tabac et d'alcool durant la grossesse, Canada, 1998-1999



Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 3 (1998-1999)

En 1998-1999, au Canada, 14,5 % des mères ont consommé de l'alcool durant leur grossesse et 19,4 % des mères fumaient alors qu'elles étaient enceintes. À titre de comparaison, environ 13 % des mères aux États-Unis fumaient la cigarette durant leur grossesse en 1999[40] , tandis que la proportion de ces femmes atteignait 20 % au Royaume-Uni en 2000.[41]

Au-delà des mises en garde contre les dangers de l'alcool, du tabac et des drogues durant la grossesse, la population est de plus en plus consciente des effets négatifs de la fumée secondaire. Les jeunes enfants sont particulièrement sensibles aux effets de la fumée secondaire du tabac (FST), qui

[39] Le syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) est un diagnostic médical qui désigne un ensemble précis d'anomalies associées à la consommation d'alcool durant la grossesse. Les trois principales manifestations du SAF sont les retards de croissance prénatale ou postnatale, des traits faciaux caractéristiques et les anomalies du système nerveux central.

Les effets de l'alcool sur le fœtus (EAF) affectent les enfants qui ont été exposés à l'alcool avant la naissance mais qui ne manifestent que certaines des caractéristiques associées au SAF.

[40] *Health, United States, 2001, With Urban and Rural Health Chartbook.* (2001) États-Unis, Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention et National Center for Health Statistics.

[41] BMRB Social Research (2000) *2000 Infant Feeding Survey*, United Kingdom, Department of Health.

peut entraîner divers problèmes de santé à la naissance ou plus tard [42] (faible poids à la naissance et asthme, par exemple).

En 1998-1999, 72,6 % des personnes les mieux informées au sujet de l'enfant et 70,4 % de leurs conjoints ne fumaient pas du tout. En revanche, la majorité des fumeurs faisaient usage du tabac à tous les jours. Les recherches démontrent que le fait qu'un membre du ménage fume quotidiennement accroît considérablement la probabilité d'exposer les enfants du ménage à un environnement pollué.[43]

Quels sont les défis que doivent relever les parents de jeunes enfants?

Faible revenu

Le Canada n'a pas adopté de mesure officielle de la pauvreté; on emploie plutôt plusieurs mesures distinctes. Le seuil de faible revenu (SFR), l'une des méthodes les plus répandues, est une mesure relative fondée sur le pourcentage du revenu consacré aux besoins essentiels d'une famille moyenne. On peut envisager cette mesure selon le revenu avant impôt ou selon le revenu après impôt. [44]

Tableau 1 : Pourcentage des familles ayant de jeunes enfants et vivant sous le seuil de faible revenu selon le genre de famille, 1999

	Familles biparentales	Familles monoparentales	Ensemble des familles
SFR avant impôt (année de base 1992)	14,8	59,7	21,1
SFR après impôt (année de base 1992)	10,0	49,5	15,6

Source : Statistique Canada, Enquête sur la dynamique du travail et du revenu

En 1999, 21,1 % des familles ayant des enfants âgés de cinq ans et moins vivaient sous le SFR avant impôt (et 15,6 %, sous le SFR après impôt).

[42] Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (1999) *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, Canada.

[43] Physicians for a Smoke-Free Canada (1999) *Highlight Sheet #1 – Smoking in Canadian Homes, Are Children at Risk?* Ottawa.

[44] On détermine le SFR avant impôt en fonction de la proportion du revenu annuel avant impôt (revenu total y compris les transferts gouvernementaux avant la déduction de l'impôt sur le revenu) consacrée aux besoins essentiels (nourriture, vêtements et logement). Un ménage qui consacre à ses besoins essentiels 20 % de plus que la famille moyenne est considéré comme vivant sous le SFR avant impôt. Le SFR avant impôt est ajusté en fonction de la région et de la taille de la famille.

On détermine le SFR après impôt en fonction de la proportion du revenu annuel après impôt (revenu total y compris les transferts gouvernementaux après la déduction de l'impôt sur le revenu) consacrée aux besoins essentiels (nourriture, vêtements et logement). Là aussi, un ménage qui consacre à ses besoins essentiels 20 % de plus que la famille moyenne est considéré comme vivant sous le SFR après impôt. Le SFR après impôt est également ajusté en fonction de la région et de la taille de la famille.

Les familles monoparentales sont plus susceptibles que les familles biparentales d'avoir un faible revenu. En 1999, 49,5 % des familles monoparentales vivaient sous le SFR après impôt comparativement à 10 % des familles biparentales.

Le degré de faible revenu indique le revenu supplémentaire qu'il faudrait à une famille moyenne ayant de jeunes enfants et vivant sous le SFR pour atteindre le seuil de faible revenu. En 1999, la famille moyenne à faible revenu aurait eu besoin d'un revenu supplémentaire de 8 625 $ avant impôt ou de 6 255 $ après impôt pour atteindre le SFR.

Dépression des parents

La dépression est un problème de santé pouvant éventuellement réduire la capacité du parent affecté de jouer un rôle utile dans la vie de son enfant.[45]

L'échelle de dépression employée dans l'ELNEJ est une version condensée de l'échelle de dépression CES-D. Cette échelle permet de mesurer la fréquence et la gravité des symptômes associés à la dépression dans la population et non la fréquence des dépressions ayant fait l'objet d'un diagnostic clinique. Dans le cadre de l'ELNEJ, l'échelle permet de déterminer la présence des symptômes de dépression selon les renseignements fournis par le parent répondant. La dépression se caractérise par un manque d'appétit, une incapacité à échapper à la tristesse ou à se concentrer, un sentiment d'accablement et un sommeil agité.

En 1998-1999, 88,8 % des répondants, généralement des mères, ont déclaré ne pas manifester de signes de dépression.

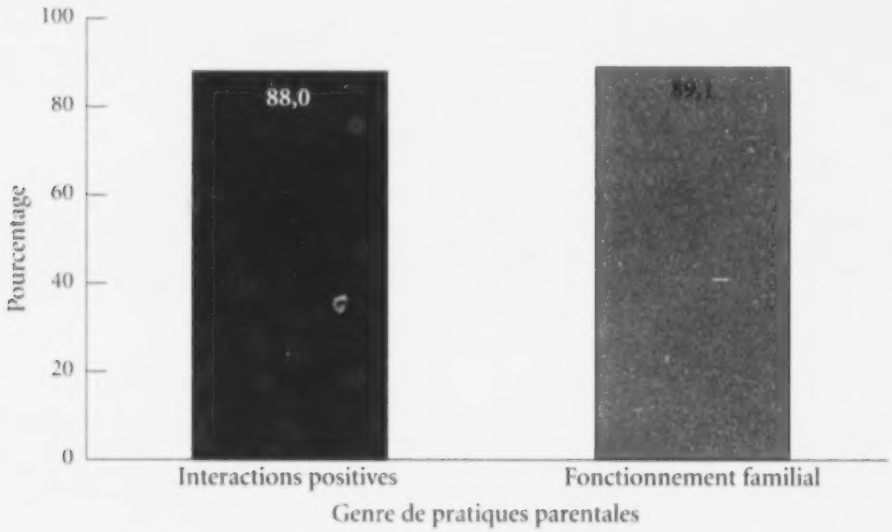
[45] Somers, M-A et J.D. Willms (2002) « Maternal Depression and Childhood Vulnerability » (pp. 211-228) dans J. Douglas Willms (dir.) *Vulnerable Children*, Edmonton, University of Alberta Press et Développement des ressources humaines Canada.

Que savons-nous du rôle parental au Canada?

Pratiques parentales

Les pratiques parentales comptent parmi les principaux facteurs influant sur les résultats pour les enfants. Les interactions positives et le fonctionnement familial sont deux mesures clés des pratiques parentales. [46]

Figure 19 : Pourcentage des parents de jeunes enfants démontrant des pratiques parentales positives, Canada, 1998-1999



Source: Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 3 (1998-1999)

En 1998-1999, 88 % des parents ont déclaré avoir des interactions positives au sein de la famille. Les parents qui ont un niveau élevé d'interactions positives avec leurs enfants tendent à faire leur éloge, à jouer et à rire avec eux.

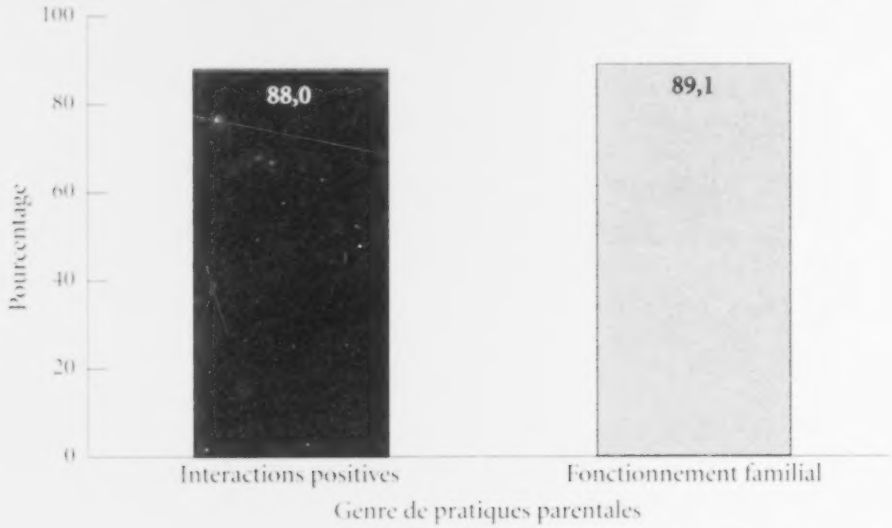
[46] Les échelles adoptées dans le cadre de l'ELNEJ mesurent certains comportements parentaux. On a posé les questions visant à évaluer les pratiques parentales à la personne la mieux informée au sujet de l'enfant ou au conjoint de celle-ci. Les interactions positives font partie des pratiques parentales évaluées. L'échelle de fonctionnement familial permet une évaluation globale du fonctionnement familial (notamment la résolution de problèmes, la communication, les rôles, l'engagement affectif, la sensibilité affective et la maîtrise du comportement) et indique la qualité des rapports entre les membres de la famille. Les questions s'y rapportant sont posées soit à la personne la mieux informée au sujet de l'enfant, soit à son conjoint. L'échelle ne témoigne d'aucun diagnostic clinique.

Que savons-nous du rôle parental au Canada?

Pratiques parentales

Les pratiques parentales comptent parmi les principaux facteurs influant sur les résultats pour les enfants. Les interactions positives et le fonctionnement familial sont deux mesures clés des pratiques parentales. [46]

Figure 19 : Pourcentage des parents de jeunes enfants démontrant des pratiques parentales positives, Canada, 1998-1999



Source: Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 3 (1998-1999)

En 1998-1999, 88 % des parents ont déclaré avoir des interactions positives au sein de la famille. Les parents qui ont un niveau élevé d'interactions positives avec leurs enfants tendent à faire leur éloge, à jouer et à rire avec eux.

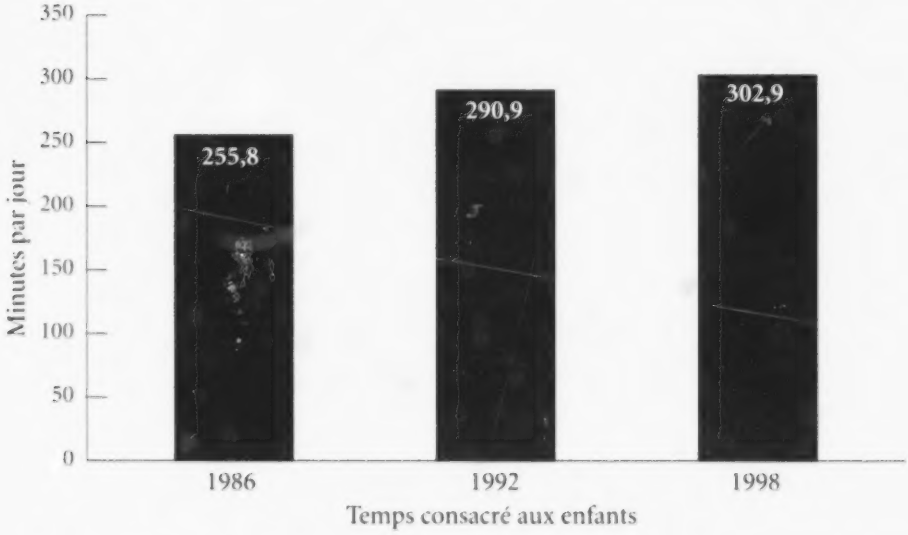
[46] Les échelles adoptées dans le cadre de l'ELNEJ mesurent certains comportements parentaux. On a posé les questions visant à évaluer les pratiques parentales à la personne la mieux informée au sujet de l'enfant ou au conjoint de celle-ci. Les interactions positives font partie des pratiques parentales évaluées. L'échelle de fonctionnement familial permet une évaluation globale du fonctionnement familial (notamment la résolution de problèmes, la communication, les rôles, l'engagement affectif, la sensibilité affective et la maîtrise du comportement) et indique la qualité des rapports entre les membres de la famille. Les questions s'y rapportant sont posées soit à la personne la mieux informée au sujet de l'enfant, soit à son conjoint. L'échelle ne témoigne d'aucun diagnostic clinique.

Le fonctionnement familial fait référence aux façons dont les membres de la famille travaillent ensemble à des tâches nécessaires à la survie de la cellule familiale.[47] Les familles affichant un degré élevé de fonctionnement tendent à participer à des activités telles que la résolution de problèmes, la communication et l'entraide. En 1998-1999, 89,1 % des familles indiquaient un fonctionnement familial positif.

Temps consacré aux enfants

Les chercheurs canadiens se sont penchés récemment sur les contraintes de temps ressenties par les parents qui tentent de concilier leurs responsabilités professionnelles et familiales. Les résultats indiquent une augmentation constante, au cours des dernières années, du temps que les parents travaillant à l'extérieur du foyer passent avec leurs jeunes enfants.[48] Il semble également que la plus forte hausse du nombre d'heures consacrées aux enfants soit observée chez les parents ayant au moins un enfant âgé de moins de six ans. Malgré l'intensification des contraintes de temps attribuable à la recherche d'un équilibre entre la vie professionnelle et familiale dans les ménages où les deux parents travaillent à l'extérieur du foyer, les parents parviennent toujours à passer du temps avec leurs jeunes enfants.[49]

Figure 20 : Temps consacré aux enfants âgés de cinq ans et moins par un parent marié exerçant une activité professionnelle, Canada, 1986, 1992 et 1998



Source : Adaptation de Jiri Zuzanek, « Le temps consacré aux enfants : est-ce assez ou trop peu? » dans *Isuma - Revue canadienne de recherche sur les politiques*. Été 2001, p. 139. Ces données sont tirées de l'Enquête sociale générale de Statistique Canada.

[47] Racine, Y. et M.H. Boyle (2002) « Family Functioning and Children's Behaviour Problems » (pp. 199-209) dans J. Douglas Willms (dir.) *Vulnerable Children*, Edmonton, University of Alberta Press et Développement des ressources humaines Canada.

[48] Le temps consacré aux enfants fait référence au temps qu'un parent ou les deux passent avec les enfants, y compris les soins prodigués aux enfants.

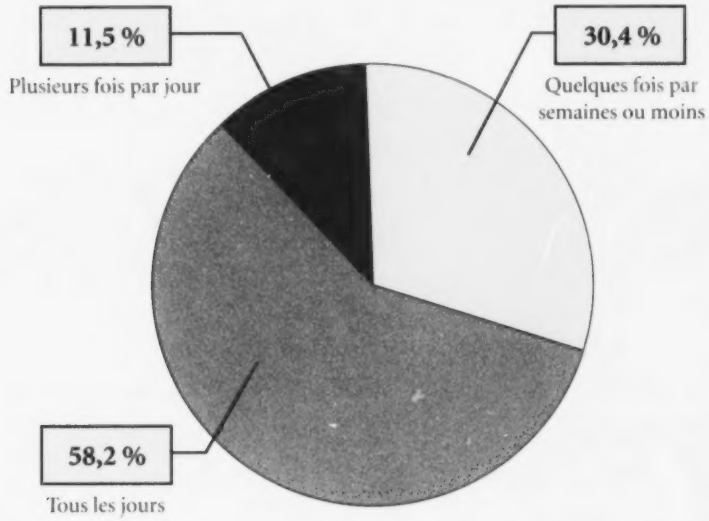
[49] Zuzanek, J. (Été 2001). « Le temps consacré aux enfants : est-ce assez ou trop peu? » dans *Isuma - Revue canadienne de recherche sur les politiques*, volume 2, numéro 2.

Bon nombre de parents de jeunes enfants font appel à des services de garde non parentaux. En 1998-1999, 45,9 % des parents ayant des enfants de cinq ans et moins utilisaient principalement des services de garde en milieu familial assurés par une personne non apparentée. Par ailleurs, 31,5 % des parents confiaient la garde de leurs enfants à un membre de la famille (autre que le père ou la mère) lorsqu'ils ne pouvaient pas s'en occuper. Enfin, 22,7 % faisaient appel à des services tels que les garderies, les programmes de garde parascolaire et les maternelles.[50]

Lecture aux enfants

Pour beaucoup d'enfants, la lecture de contes fait partie du rituel du coucher. La lecture initie les enfants au langage et au vocabulaire tout en favorisant le contact avec un adulte. La lecture aux enfants a des effets positifs particulièrement marqués sur le comportement et l'acquisition préscolaire du vocabulaire. [51]

Figure 21 : Fréquence de la lecture aux jeunes enfants canadiens, Canada, 1998-1999



Source: Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 3 (1998-1999)

En 1998-1999, près de 70 % des enfants âgés de cinq ans et moins se faisaient lire des contes au moins une fois par jour par un parent ou un autre adulte (éducateur ou éducatrice en garderie ou membre de la famille).

[50] Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 3 (1998-1999).

[51] Cook, C. et J.D. Willms (2002) « Balancing Work and Family Life » dans J.D. Willms (dir). *Vulnerable Children*, Edmonton, University of Alberta Press et Développement des ressources humaines Canada.

Faits saillants

Les parents jouent un rôle important dans la vie de leurs enfants. Le profil de la famille canadienne révèle les faits suivants.

- 85,9 % des jeunes enfants vivent dans une famille biparentale.
- La proportion de familles monoparentales a augmenté, passant de 9,4 % en 1971 à 13 % en 1991.
- Le nombre d'enfants ayant vécu une séparation parentale avant leur sixième anniversaire a presque quintuplé depuis les années 1960.
- Plus de 25 % des jeunes enfants sont des enfants uniques.
- Les mères vivent la maternité plus tardivement que par le passé.
- La plupart des parents estiment que leur quartier leur procure un sentiment de satisfaction, de sécurité et de cohésion.
- Près de la moitié des parents ont poursuivi des études postsecondaires.
- Le nombre de mères de jeunes enfants qui travaillent à l'extérieur du foyer a augmenté.
- 19,4 % des mères fumaient et 14,5 % ont consommé de l'alcool durant leur grossesse.
- 84,4 % des familles ayant de jeunes enfants vivent au-dessus du seuil de faible revenu après impôt.
- 88,8 % des parents déclarent ne pas ressentir de signes de dépression.
- La plupart des enfants jouissent de pratiques parentales et d'interactions familiales positives.
- Les parents travaillant à l'extérieur du foyer passent de plus en plus de temps avec leurs jeunes enfants.
- 69 % des enfants se font lire des contes tous les jours ou plusieurs fois par jour.

Chapitre 4 : Jeunes enfants autochtones au Canada - Aperçu[52]

Les enfants autochtones[53] représentent la précieuse richesse qui assurera la pérennité des collectivités et des cultures autochtones. Pourtant, on sait peu de choses à propos de la santé et du développement des jeunes enfants autochtones au Canada. De fait, il existe peu de données nationales détaillées sur les enfants, particulièrement les jeunes enfants, autochtones. Ainsi, l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), soit la principale source des données présentées dans ce rapport, ne comporte pas un échantillon représentatif des enfants autochtones. Le présent chapitre décrit l'état des connaissances sur la situation des jeunes enfants autochtones à la lumière des données les plus récentes. Il relève également les lacunes dans notre compréhension du bien-être de ces enfants.

Sources potentielles d'information sur les jeunes enfants autochtones

Le recensement du Canada est la principale source d'information sur la population autochtone; il fournit des données démographiques de base telles que l'âge, le sexe, la langue et la mobilité. Le recensement fournit aussi des renseignements sur les caractéristiques des ménages et des familles des enfants autochtones.

L'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA), menée en 1991, fournit des renseignements limités sur l'emploi ou la connaissance des langues autochtones par les enfants ainsi que sur l'état de santé de ceux-ci. L'EAPA a été réalisée de nouveau en 2001. L'échantillon couvre les personnes s'étant déclarées d'identité ou d'ascendance autochtone, Indiens inscrits ou des traités, ou encore membres d'une bande dans le cadre du recensement de 2001. L'enquête comporte un questionnaire sur les enfants et les jeunes, qui permet de recueillir des renseignements sur des questions telles que l'état général de santé, le recours aux services de santé, les activités et relations sociales ainsi que les modalités de garde d'enfants. On espère que cette enquête fournira des renseignements précieux sur la santé et le développement des jeunes enfants autochtones. Les données seront disponibles à partir de la fin de 2003.

L'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, réalisée dans les réserves partout au Canada en 1997, a permis de recueillir des données sur la santé et le développement. Bien que cette enquête présente certains indicateurs de santé et de développement des enfants, elle n'est pas très détaillée et ne couvre qu'une partie de la population d'identité autochtone (soit les personnes vivant dans les réserves).

Affaires indiennes et du Nord Canada tient des bases de données relatives aux Indiens inscrits couvrant divers sujets tels que l'âge et le sexe, le niveau de scolarité, l'accès aux services sociaux et d'autres encore. Cette information se rapporte principalement aux Indiens inscrits vivant dans les réserves, et l'on dispose de peu de données sur les jeunes enfants autochtones.

[52] Nous tenons à remercier Jeremy Hull de *Prologica Research* qui a participé à la rédaction de ce chapitre.

[53] Les données du recensement permettent de définir la population autochtone selon deux grandes variables - l'ascendance autochtone et l'identité autochtone. En 1996, on recensait au Canada 1,1 million de personnes d'ascendance autochtone, alors que 800 000 personnes s'étaient identifiées comme « Autochtones ». Dans ce chapitre, le terme « Autochtones » désigne les personnes ayant déclaré une identité autochtone, sauf indication contraire.

De plus, le recensement établit une distinction entre les grands groupes sociaux, tels que les Indiens de l'Amérique du Nord, les Métis et les Inuits, et permet l'identification de groupes définis selon les origines ancestrales tels que les Cris, les Haïdas, les Iroquois et bien d'autres.

Bien que l'on reconnaisse la diversité de la population autochtone, les données présentées dans ce chapitre se rapportent à l'ensemble de cette population, notamment en raison des contraintes liées à la taille restreinte des échantillons.

La population autochtone compte une forte proportion de jeunes enfants

En 1996, on recensait 117 355 enfants âgés de cinq ans et moins déclarés d'identité autochtone, ce qui représente environ 15 % de la population totale d'ascendance autochtone. De ce nombre, 32 % (soit 37 365) vivaient dans une réserve et 68 % (soit 79 990), à l'extérieur d'une réserve. Parmi les enfants vivant hors réserve, 33 620 habitaient en milieu rural, 15 965 vivaient dans une petite ville (de 10 000 à 100 000 habitants) et 30 405 vivaient dans une grande ville.

On observait par le passé une croissance rapide de la population autochtone, mais on prévoit un ralentissement entre 2001 et 2016. De 1991 à 1996, le nombre d'enfants autochtones âgés de quatre ans et moins a augmenté de plus de 10 000, soit environ 12 %.[54] Toutefois, on s'attend à ce que l'effectif autochtone de ce groupe d'âge soit inférieur en 2016 à ce qu'il était en 1991.[55] Le taux de natalité dans la population autochtone demeure relativement élevé. Ainsi, dans la population des Indiens inscrits[56], on estimait le taux de natalité à 28 pour mille en 1993, comparativement à 15 pour mille dans l'ensemble de la population la même année.[57]

Les jeunes enfants autochtones vivent souvent dans une famille monoparentale

En 1996, environ 28 % des enfants autochtones âgés de cinq ans et moins vivaient au sein d'une famille monoparentale. Dans les réserves et les régions rurales, la proportion d'enfants autochtones vivant dans une famille monoparentale était inférieure, tandis que dans les villes, elle dépassait 40 %.

Les modes de vie familiale des jeunes enfants autochtones prennent diverses formes

En 1996, environ 12 % des enfants autochtones âgés de cinq ans et moins ne vivaient pas avec leurs parents. La plupart de ces enfants vivaient avec d'autres membres de la famille élargie.[58]

---

[54] Calculé à partir des données de Statistique Canada, Âge et sexe : données sur les Autochtones (1991), Ottawa, 1993 et de Statistique Canada, *Série Le Pays*, recensement de 1996, tableau 25-003.

[55] Norris, M.J., D. Kerr et F. Nault (Septembre 1996) *Commission royale sur les peuples autochtones, Les projections de la population appartenant à un groupe autochtone, Canada, 1991-2016: Rapport sommaire*, Ottawa, Société canadienne d'hypothèques et de logement.

[56] La population des Indiens inscrits se compose de toutes les personnes admissibles à l'inscription en vertu de la *Loi sur les Indiens*.

[57] Affaires indiennes et du Nord Canada (Décembre 2001) *Les femmes autochtones : un portrait d'après le recensement de 1996*, Ottawa, Gouvernement du Canada.

[58] Voir Statistique Canada, *Série Le Pays*, recensement de 1996, « Population autochtone dans les ménages privés selon l'âge et le sexe, par situation des particuliers dans la famille de recensement, recensement de 1996 » (tableau 25-003). Ce tableau révèle que 9 875 des 12 615 enfants âgés de quatre ans et moins qui ne faisaient pas partie d'une famille de recensement vivaient avec des personnes apparentées.

La majorité des jeunes enfants autochtones vivent dans des familles à faible revenu

En 1996, 58 % des jeunes enfants autochtones âgés de cinq ans et moins vivaient dans une famille à faible revenu (selon le seuil de faible revenu avant impôt). Le revenu moyen des familles monoparentales autochtones est particulièrement faible. En 1995, le revenu annuel moyen des familles monoparentales autochtones dirigées par une femme se chiffrait à environ16 000 $. Pour 70 % des mères seules autochtones, les transferts gouvernementaux constituaient la principale source de revenu. [59]

Les jeunes enfants autochtones affichent des taux élevés de mortalité, de blessures et d'incapacité

En 1999, le taux de mortalité infantile chez les populations des Premières nations était de 1,5 fois supérieur à celui du reste de la population canadienne.[60] De plus, le taux de mortalité à la suite de blessures chez les enfants autochtones est de trois à quatre fois supérieur à celui des autres enfants au Canada.[61] On signale également des niveaux systématiquement élevés du syndrome de mort subite du nourrisson dans la population autochtone.[62]

Le taux d'incapacité grave est nettement plus élevé chez les enfants autochtones vivant dans les réserves qu'il ne l'est chez les enfants hors réserve et il est presque deux fois supérieur au taux observé chez les enfants non autochtones.[63] Les enfants autochtones affichent aussi des taux élevés d'allergies, de bronchite et d'asthme.[64]

Plus de la moitié des enfants indiens inscrits vivant dans les réserves sont allaités au sein

Selon l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, 54 % des enfants autochtones âgés de moins d'un an ont été ou sont allaités au sein. Plus de la moitié de ces enfants ont été nourris au sein durant plus de sept mois.[65]

---

[59] Hull, Jeremy (7 juin 2001) *Les mères seules autochtones au Canada*, 1996, Ottawa, Affaires indiennes et du Nord Canada, Direction de la recherche et de l'analyse.

[60] Gouvernement du Canada (2002) *Les Canadiens en santé - Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2002*, Ottawa, Santé Canada.

[61] Ibid.

[62] Institut canadien de la santé infantile. (2000) *La santé des enfants du Canada - Troisième édition*, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile.

[63] Ibid.

[64] MacMillan, H. et al. « Chapitre 1 - Santé des enfants », *Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits : Rapport national*, Ottawa, Santé Canada.

[65] Ibid.

La consommation d'alcool et de tabac affecte les jeunes enfants autochtones

En dépit de l'absence de données comparables sur la consommation d'alcool et de tabac chez les mères de jeunes enfants autochtones et chez les mères d'enfants non autochtones, certaines observations indiquent que ce phénomène constitue un problème pour les enfants autochtones. Plus précisément, la consommation d'alcool durant la grossesse semble poser un défi de taille à certaines collectivités autochtones. Selon des enquêtes locales et régionales ponctuelles, l'incidence du syndrome d'alcoolisme fœtal/effet de l'alcool sur le fœtus (SAF/EAF) semble nettement plus élevée chez les enfants autochtones que chez les enfants non autochtones. Il n'existe cependant pas de statistiques concluantes à ce chapitre.[66]

[66] Institut canadien de la santé infantile (2000) *La santé des enfants du Canada - Troisième édition*, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile.

Faits saillants

Le présent chapitre donne un bref aperçu des enfants de cinq ans et moins ayant une identité autochtone.

- Le nombre de jeunes enfants autochtones au Canada a augmenté, mais on prévoit qu'il se stabilisera à son niveau actuel, soit environ 120 000.
- 68 % des jeunes enfants autochtones vivent à l'extérieur des réserves.
- 28 % des jeunes enfants autochtones vivent dans une famille monoparentale.
- 12 % des jeunes enfants autochtones vivent avec des parents autres que leur père ou leur mère.
- 58 % des jeunes enfants autochtones vivent dans des familles à faible revenu.
- Le taux de mortalité infantile dans la population autochtone est de 1,5 fois supérieur à celui de la population non autochtone.
- Les enfants autochtones affichent des taux élevés de certains problèmes de santé, notamment les blessures, les incapacités et les problèmes respiratoires.
- Plus de 50 % des jeunes enfants autochtones ont été ou sont nourris au sein.

Chapitre 5 : Jeunes enfants ayant une incapacité au Canada - Aperçu[67]

Les enfants ayant une incapacité représentent une partie importante de la population des jeunes canadiens. Une meilleure compréhension de la situation de ces enfants nous aidera à faire en sorte qu'ils reçoivent le soutien dont ils ont besoin pour réaliser leur plein potentiel. Pourtant, on sait relativement peu de choses sur la santé et le développement des jeunes enfants ayant une incapacité. Ce phénomène est partiellement attribuable aux difficultés associées à la définition du terme « incapacité ». L'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) visant les enfants (1991) définit les enfants ayant une incapacité en fonction des critères suivants : problèmes de santé chroniques[68] ; utilisation d'aides techniques (béquilles, appareils auditifs ou orthopédiques - excluant les appareils orthodontiques); problèmes de santé de longue durée qui empêchent ou limitent de nombreuses activités jugées normales pour les enfants de cet âge (fréquentation scolaire, participation à des pièces de théâtre ou à d'autres activités); fréquentation d'une école pour l'enfance en difficulté, inscription à des classes adaptées ou à un programme personnalisé; difficultés à voir, à entendre ou à parler; problèmes affectifs, psychologiques, nerveux ou mentaux de longue durée; tout autre problème de santé d'une durée de six mois ou plus.[69] Le présent chapitre décrit l'état des connaissances sur la situation des jeunes enfants ayant une incapacité à la lumière des données les plus récentes. Il relève également les lacunes dans les connaissances requises pour mieux comprendre ces enfants.

Sources potentielles d'information sur les enfants ayant une incapacité

L'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1991 est la principale source d'information sur les enfants ayant une incapacité. Cette enquête fournit des données démographiques de base, telles que l'âge et le sexe, ainsi que des renseignements sur la nature et la gravité de l'incapacité et des obstacles dans les divers aspects de la vie quotidienne.

En 2001, on a remplacé l'ESLA par l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités qui fournira des données sur le genre et la gravité des incapacités, notamment chez les jeunes enfants. Elle donnera également des renseignements sur divers domaines tels que l'éducation, les loisirs et l'activité des parents sur le marché du travail. L'enquête présentera aussi des données sur les dépenses liées à l'incapacité, leur financement par les familles ainsi que le soutien et les services requis (de même que les besoins non satisfaits à ce chapitre). On prévoit diffuser ces données à compter de 2003.

L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), principale source des données présentées dans le rapport, ne fournit que des renseignements limités sur les enfants ayant une incapacité, en raison de la taille restreinte de l'échantillon. Au fil des ans, l'ELNEJ pourrait se révéler particulièrement utile pour nous permettre de mieux comprendre le dépistage des incapacités chez les enfants de divers âges et les facteurs déterminants en ce qui a trait à la situation de ces enfants. La dimension longitudinale de cette enquête permet un examen des divers parcours des enfants ayant une incapacité. Elle pourrait aussi nous permettre de suivre les jeunes enfants jusqu'à l'âge adulte afin de déterminer les liens entre les problèmes de santé chroniques qui se sont manifestés tôt et l'évolution des limitations d'activités (de même que les variables qui pourraient intervenir dans ce processus).

[67] Nous tenons à remercier Kate Rexe, Gail Fawcett et Paul Roberts du Conseil canadien de développement social qui ont participé à la rédaction de ce chapitre.

[68] Les problèmes de santé chroniques comprennent les maladies pulmonaires sauf les allergies, l'asthme ou la bronchite; les maladies cardiaques ou les maladies du rein; le cancer; le diabète; l'épilepsie; la paralysie cérébrale; le spina-bifida; la fibrose kystique; la dystrophie musculaire; la paralysie; l'arthrite ou le rhumatisme; les troubles affectifs ou du comportement; les déficiences intellectuelles; les troubles d'apprentissage; l'absence ou la malformation d'un membre; l'hypertension artérielle et autres.

[69] Oderkirk, J. (Hiver 1993) « Les enfants ayant une incapacité » dans *Tendances sociales canadiennes*, no 31, Ottawa, Statistique Canada.

Les jeunes enfants affichent un faible taux d'incapacité

Les jeunes enfants au Canada ont un taux d'incapacité inférieur à celui des adultes. Cela s'explique en partie par le fait que certaines incapacités chez les enfants n'ont pas encore été dépistées et que la majorité des incapacités surviennent après l'enfance. En 1986, 3,4 % des enfants canadiens âgés de quatre ans et moins avaient une incapacité; en 1991, toutefois, ce taux était passé à 4,5 % (5 % chez les garçons et 4 % chez les filles)[70] , ce qui représente 85 070 enfants.[71,72] Les raisons de cette augmentation ne sont pas très claires. Il pourrait s'agir, en partie, d'une hausse réelle de l'incidence de certains genres d'incapacités ou de maladies chroniques. L'augmentation du taux pourrait cependant être également attribuable à un diagnostic ou à un dépistage plus précoce de certains problèmes.

La plupart des incapacités chez les enfants sont peu graves

La vaste majorité des incapacités qui affligent les enfants sont considérées comme « peu graves ».[73] Selon l'ESLA de 1991, 89 % des enfants âgés de quatre ans et moins ayant une incapacité sont atteints d'une incapacité jugée « peu grave » (ce qui représente 75 710 enfants d'âge préscolaire ayant une incapacité).[74] On estime que moins de 1 % des enfants ayant une incapacité vivent en établissement.[75]

Chez les très jeunes enfants, les problèmes de santé chroniques constituent le genre d'incapacité le plus fréquent. En 1986, 90,6% des enfants âgés de quatre ans et moins ayant une incapacité souffraient d'un problème de santé chronique sous une forme ou une autre, plutôt que d'une incapacité principalement associée à des limitations d'activités. Le groupe le plus important, représentant 15,4 % des jeunes enfants ayant une incapacité, était formé des jeunes souffrant d'une maladie cardiaque.[76]

Un jeune enfant ayant une incapacité sur cinq vit au sein d'une famille monoparentale

Une proportion relativement élevée d'enfants ayant une incapacité vivent dans une famille monoparentale. En 1994, 20,5 % des enfants âgés de cinq ans et moins ayant des limitations d'activités vivaient au sein d'une famille monoparentale.[77]

---

[70] Ibid.

[71] Institut canadien de la santé infantile (1994) *La santé des enfants du Canada : Un profil de l'ICSI - Deuxième édition*, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile.

[72] Les données des recensements de 1986, 1991 et 1996 visant l'ensemble des enfants canadiens de moins de 15 ans indiquent une hausse légère mais constante du taux d'incapacité au sein de cette population.

[73] La gravité des incapacités dont souffrent les enfants est déterminée en fonction du nombre de limitations ou de problèmes de santé chroniques déclarés. Lorsqu'on relève seulement une ou deux limitations ou encore un ou deux problèmes de santé chroniques, l'incapacité est jugée peu grave.

[74] Oderkirk, J. (Hiver 1993) « Les enfants ayant une incapacité » dans *Tendances sociales canadiennes*, no 31, Ottawa, Statistique Canada.

[75] Ibid.

[76] Avard, D. (1994) *Les enfants et les jeunes ayant une incapacité au Canada : Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1986*, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile.

[77] ELNEJ (1994) (Fichier de microdonnées à grande diffusion).

Moins de la moitié des enfants d'âge préscolaire ayant une incapacité et vivant dans une famille biparentale ont deux parents actifs sur le marché du travail

Dans 47,2 % des cas, les jeunes enfants ayant une incapacité et vivant dans une famille biparentale ont deux parents actifs sur le marché du travail,[78] soit un pourcentage nettement plus faible que pour les enfants sans incapacité.

Près du quart des enfants ayant une incapacité vivent dans une famille à faible revenu

Selon les données de l'ELNEJ (1998-1999), 24,8 % des enfants âgés de cinq ans et moins et ayant des besoins spéciaux (comprend les enfants ayant des problèmes de santé chroniques et/ou des limitations d'activités) vivaient dans une famille touchant un revenu inférieur au seuil de faible revenu (avant impôt).[79]

La recherche d'un équilibre entre le travail, la famille et les soins prodigués aux enfants peut entrainer un niveau élevé de stress chez les parents d'enfants ayant une incapacité

Les enfants ayant une incapacité doivent compter sur des parents capables d'assumer des rôles multiples : thérapeutes, éducateurs, camarades de jeu, défenseurs des droits et fournisseurs des soins physiques.[80] Selon certains résultats d'enquête, 93 % des familles qui comptent des enfants ayant des besoins spéciaux[81] déclarent éprouver un niveau moyen ou élevé de tension découlant de la recherche d'un équilibre entre le travail, la famille et les soins à l'enfant.[82]

---

[78] ELNEJ (1996) (Fichier de microdonnées à grande diffusion).

[79] ELNEJ, Cycle 3 (1998-1999).

[80] *Page d'accueil Au nom de nos enfants*, 2002. http://www/voicesforchildren.ca/francais.htm (6 septembre).

[81] Les *besoins spéciaux* font référence aux incapacités, aux retards accusés ou aux problèmes de santé qui accroissent considérablement la difficulté d'obtenir et de conserver des services adéquats de garde d'enfants ou des services connexes, selon S. Irwin et D. Lero, *In Our Way: Child Care Barriers to Full Workforce Participation Experienced by Parents of Children with Special Needs - and Potential Remedies*, pp. vi.

[82] Institut canadien de la santé infantile (2000) *La santé des enfants du Canada : Un profil de l'ICSI - Troisième édition*, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile.

Faits saillants

Le chapitre présente un bref aperçu des jeunes enfants ayant une incapacité au Canada.

- En 1991, quelque 85 070 enfants âgés de quatre ans et moins souffraient d'une incapacité au Canada, ce qui représente 4,5 % des jeunes enfants canadiens.
- Neuf jeunes enfants ayant une incapacité sur 10 souffraient d'une incapacité « peu grave ».
- Chez les jeunes enfants ayant une incapacité, les maladies cardiaques sont le problème de santé le plus répandu (affectant 15,4 % de ces enfants).
- En 1994, 20,5 % des jeunes enfants ayant une incapacité vivaient dans une famille monoparentale.
- Moins de la moitié des jeunes enfants ayant une incapacité avaient deux parents sur le marché du travail.
- En 1998, 24,8 % des jeunes enfants ayant une incapacité vivaient dans une famille touchant un revenu inférieur au seuil de faible revenu (avant impôt).

Chapitre 6 : Sommaire des données

Le tableau suivant présente un sommaire des indicateurs du bien-être des jeunes enfants âgés de cinq ans et moins et des mesures des caractéristiques de la famille et de la collectivité décrites dans le rapport. Les indicateurs portant un astérisque (*) font partie de l'ensemble commun des indicateurs du bien-être des jeunes enfants que les gouvernements participant à l'Entente sur le développement de la petite enfance ont convenu d'adopter dans le cadre de leurs rapports.

Indicateurs du bien-être de l'enfant

Nom	Indicateur (1998-1999 sauf indication contraire)
Poids-santé de l'enfant à la naissance*	81,3 % des jeunes enfants (1999)
Taux de naissances à terme	92,7 % des enfants nés à 37 semaines ou plus (1999)
Incidence d'hemophilus influenzae B*	14 cas chez les jeunes enfants (1999)
Incidence de méningococcie du groupe C*	10 cas chez les jeunes enfants (1999)
Incidence de rougeole*	11 cas chez les jeunes enfants (1999)
Taux de mortalité infantile*	5,3 décès sur 1 000 naissances vivantes (1999)
Allaitement au sein	79,9 % des enfants allaités au sein
Prévalence d'asthme diagnostiqué	9,9 % des jeunes enfants diagnostiqués
Hospitalisations à la suite de blessures (1999)	
Chutes	4 246 cas
Accidents de la route	612 cas
Autres blessures accidentelles	5 128 cas
Agressions	313 cas
Blessures auto-infligées	60 cas
Autres	63 cas
Taux de mortalité par suite de blessures	9,6 % de tous les décès chez les jeunes enfants résultaient d'une blessure (1999)
Développement moteur et social (DMS)*	89 % des enfants affichent un niveau de développement moyen ou avancé
Troubles affectifs - anxiété*	86,2 % des enfants ne manifestent pas de signes associés
Hyperactivité - déficit de l'attention*	87,8 % des enfants ne manifestent pas de signes associés
Agressivité physique - troubles comportementaux*	86,5 % des enfants ne manifestent pas de signes associés
Comportement prosocial peu développé*	89,9 % des enfants ne manifestent pas de signes associés
Aptitudes langagières*	84,1 % des enfants ont un développement verbal moyen ou avancé

Mesures des caractéristiques de la famille et de la collectivité	
Nom	**Mesure (1998-1999)**
Scolarité des parents	45,4 % des mères et 48,7 % des pères de jeunes enfants ont fait des études postsecondaires
Niveau de revenu	84,4 % des familles ayant de jeunes enfants vivent au-dessus du seuil de faible revenu après impôt
Dépression des parents	88,8 % des parents ne manifestent pas de signes de dépression
Consommation de tabac durant la grossesse	19,4 % des mères fumaient durant leur grossesse
Consommation d'alcool durant la grossesse	14,5 % ont consommé de l'alcool durant leur grossesse
Tabagisme chez les parents	72,6 % des personnes les mieux informées au sujet de l'enfant et 70,4 % de leurs conjoints ne fument pas du tout
Fonctionnement de la famille	89,1 % des parents déclarent un fonctionnement positif entre les membres de la famille
Pratiques parentales positives	88 % des parents déclarent des interactions positives au sein de la famille
Lecture à l'enfant par un adulte	69,7 % des enfants se font faire la lecture tous les jours ou plusieurs fois par jour
Cohésion du quartier	84,9 % des parents déclarent que leur quartier leur procure un sentiment de cohésion
Familles avec enfants ayant des besoins impérieux de logement	36 % des enfants vivant dans un ménage locataire et 7 % de ceux vivant dans un ménage propriétaire avaient des besoins impérieux de logement (1996)

Les prochains rapports du gouvernement du Canada suivront les tendances des indicateurs présentés ci-dessus. Les rapports à venir pourraient s'appuyer sur d'autres indicateurs permettant de mieux comprendre le bien-être des enfants, à mesure que de nouvelles données seront disponibles.

Annexe A - Sigles employés dans le rapport

CCNI	Comité consultatif national de l'immunisation
CPE	Comprendre la petite enfance
DMS	Développement moteur et social
EAPA	Enquête auprès des peuples autochtones
ELNEJ	Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes
EPLA	Enquête sur la participation et les limitations d'activités
ESLA	Enquête sur la santé et les limitations d'activités
EVIP-R	Test Échelle vocabulaire en image Peabody - Révisé
FST	Fumée secondaire du tabac
HIB	Hemophilus influenzae B
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
PANE	Plan d'action national pour les enfants
SCHIRPT	Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes
SFR	Seuil de faible revenu